

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

ΚΩΔ. ΦΑΡΜ.....

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΤΤΙΚΗΣ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ ΤΗΝ ΟΦΕΙΛΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΥ€ ΠΟΥ ΕΧΩ ΠΡΟΣ ΤΟΝ Φ.Σ.Α. ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΠΛΗΡΩΜΗ ΑΥΤΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΤΩΘΙ ΤΡΟΠΟ:

ΕΦΑΠΑΞ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΥ ΣΤΟ ΛΟΓ/ΜΟ ΤΟΥ ΦΣΑ ΣΤΟ IBAN GR 4101720390005039029411419 (ΤΡ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ)

ΕΦΑΠΑΞ ΜΕ ΠΑΡΑΚΡΑΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΠΛΗΡΩΜΗ ΜΟΥ ΠΟΥ ΘΑ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ Ή ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΤΑΜΕΙΑ.

ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΒΟΛΗ..... ΔΟΣΕΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΜΗΝΙΑΙΩΣ:

ΜΕ ΠΑΡΑΚΡΑΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΛΟΓ/ΜΟ ΜΟΥ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ (ΕΟΠΥ & ΛΟΙΠΑΤΑΜΕΙΑ)

ΜΕ ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΥ ΣΤΟ ΛΟΓ/ΜΟ ΤΟΥ ΦΣΑ ΣΤΟ IBAN GR 4101720390005039029411419 (ΤΡ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ)

Ημερομηνία:/...../.....
Ο/Η Δηλών/ ούσα

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα