

ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΑΣΦ/ΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ - ΕΣΟΔΩΝ
ΓΡΑΦΕΙΟ : ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ

Ταχ. Διεύθυνση : Αγ. Κων/νου 8
102 41 **Αθήνα**

Αριθ. τηλ. : 210 52 15 254

FAX : 210 52 23 228

E – mail : asfika@otenet.gr

Αθήνα 10/06/2014

Αριθμ. Πρωτ.:
Γ99/1/119

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ
ΓΕΝΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

ΠΡΟΣ:

Όλα τα Υποκαταστήματα &
Παραρτήματα Ι.Κ.Α.- Ε.Τ.Α.Μ.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

Ως ο συνημμένος πίνακας διανομής

ΘΕΜΑ : Ορθή κοινοποίηση του σχεδίου εντύπου Κ5 που αφορά την
συναλλαγή πληρωμής παραβόλου Κ.Ε.Π.Α..

ΣΧΕΤ. : Γ99/1/60/21-3-2014 Γενικό Έγγραφο της Διεύθυνσης Ασφάλισης-
Εσόδων.

Σε συνέχεια του με αριθμ. Γ99/1/60/21-3-2014 Γενικού Εγγράφου της Διεύθυνσης Ασφάλισης – Εσόδων «Διευκρινιστικές οδηγίες σχετικά με την διαχείριση προβλημάτων που ανέκυψαν από την διακοπή λειτουργίας των ταμειακών υπηρεσιών των Παραρτημάτων του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.», σας αποστέλλουμε σε αντικατάσταση - ορθώς επανακοινοποιούμενο - το σχέδιο εντύπου Κ5 που αφορά την συναλλαγή πληρωμής παραβόλου Κ.Ε.Π.Α..

Τέλος, κατά τα λοιπά ισχύουν οι οδηγίες που έχουν δοθεί με το ανωτέρω σχετικό Γενικό Έγγραφο της Διοίκησης Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ..

Συν/να: 1 φύλλο

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
& ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ - ΕΣΟΔΩΝ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

- 1.** Γραφείο κ. Διοικητή
- 2.** Γραφείο κ. κ. Υποδιοικητών
- 3.** Γραφείο κ.κ. Γενικών Διευθυντών
- 4.** Επιχειρησιακή Ομάδα Ασφαλιστικών Εισφορών
Πατησίων 12, Αθήνα
- 5.** Ανάδοχος Ο.Π.Σ./Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.
Πατησίων 12, Αθήνα
- 6.** Ομάδα Υποδομών Ηλεκτρονικής Εξυπηρέτησης & Τηλεπικοινωνιακών Υπηρεσιών
Πατησίων 12, Αθήνα
- 7.** Επιτροπή Διαχείρισης Ο.Π.Σ./Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.
Πατησίων 12, Αθήνα
- 8.** Ένωση Ελληνικών Τραπεζών
Μασσαλίας 1 & Σόλωνας, 10680 Αθήνα
- 9.** Δ.Ι.Α.Σ. Α.Ε.
Αλαμάνας 2 & Πρεμετής, 15125 Μαρούσι Αττικής
- 10.** Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης Α.Ε. (Η.Δ.Ι.Κ.Α.)
Λαγουμιτζή 40, 11745 Ν. Κόσμος Αθήνα

ΕΝΤΥΠΟ Κ.5

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΓΙΑ ΠΑΡΑΒΟΛΟ Κ.Ε.Π.Α.

Το παρόν ΕΝΤΥΠΟ παραδίδεται στον ασφαλισμένο και αντίγραφό του φυλάσσεται.

ΕΠΩΝΥΜΟ	:	
ΟΝΟΜΑ	:	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	:	
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ	:	
Α.Μ.Κ.Α.	:	
Α.Φ.Μ.	:	
Τηλ. Επικοινωνίας	:	
Δ/ση κατοικίας	:	
Αρμόδιος Φορέας στον οποίον θα υποβληθεί το συνταξιοδοτικό αίτημα		
.....		
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ που θα αναγράφεται στο έγγραφο της Τράπεζας :		
Ποσό Ευρώ : σαράντα έξι ευρώ και δέκα τέσσερα λεπτά (46,14 €)		
Για παράβολο Κ.Ε.Π.Α. του ασφαλισμένου.....		
..... με Α.Μ.ΚΑ.:		
Α.Φ.Μ :		
Αρμόδιος Φορέας στον οποίον θα υποβληθεί το συνταξιοδοτικό αίτημα		
.....		
Τηλέφωνο Επικοινωνίας :		
<u>ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:</u>		
Το προαναφερόμενο ποσό ο ασφαλισμένος <u>πρέπει να καταθέσει</u> στην Τράπεζα (αναγράφεται η επωνυμία της τράπεζας)		
στον λογαριασμό του Τοπικού Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.		
..... Κωδικός (.....) με αριθμό:		
..... (αναγράφεται ο αριθμός λογαριασμού) .		

...../...../ 2014
Ο Υπάλληλος

Ο Παραλαβών Ασφαλισμένος