

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή την αίτηση - δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών - άρθ. 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

A. ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ.....
ΟΝΟΜΑ.....
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ.....
Τόπος Κατοικίας.....
ΟΔΟΣ.....
Τ.Κ.....
Αρ. Δελτ. Ταυτότητας.....
Α.Φ.Μ.....
ΔΟΥ.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

B. ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ.....
ΕΔΡΑ.....
ΚΑΔ.....
ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ.....
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....
ΟΔΟΣ.....
Τ.Κ.....
Α.Δ.Τ.....
Α.Φ.Μ.....
ΔΟΥ.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

*Για την υπαγωγή στη ρύθμιση πρέπει να καταβληθεί η πρώτη δόση εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία αίτησης υπαγωγής στη ρύθμιση και οι επόμενες δόσεις να καταβάλλονται έως την τελευταία εργάσιμη ημέρα των επομένων μηνών από την ημερομηνία αίτησης.

*Λογαριασμοί κατάθεσης

ΤΡΑΠΕΖΑ EURO BANK: GR3802604060000910200390490,
ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ: GR9401714260006426030020561 και
ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ: GR2401101940000019454504465
με αιτιολογία: ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΟΦΕΙΛΕΤΗ ΣΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ
ΟΠΟΙΟΥ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΡΥΘΜΙΣΗ)

* Το ελάχιστο ποσό μηνιαίας δόσης της ρύθμισης δεν μπορεί να είναι μικρότερο των είκοσι (30) ευρώ.

*Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους όρους και τις προϋποθέσεις ένταξης στη ρύθμιση, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην Ταμειακή Υπηρεσία του Δήμου Κερατσινίου Δραπετσώνας τηλ 2132074722 - 725 τις εργάσιμες ημέρες από 8:00 έως 13:00.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΗΜΟ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ

Παρακαλώ όπως προβείτε στην (εφάπαξ/με δόσεις) ρύθμιση των βεβαιωμένων/ληξιπρόθεσμων οφειλών μου προς το **Δήμο Κερατσινίου - Δραπετσώνας**, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 90 του Ν. 5036/23 (ΦΕΚ 77 Α/28-3-2023).

Ειδικότερα στην περίπτωση ρύθμισης με δόσεις επιλέγω την εξής κατηγορία:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ
α) έως 36 δόσεις	
β) έως 72 δόσεις	
γ) Αναβίωση της ρύθμισης των 100 δόσεων (ν. 4611/19)	
δ) Αναβίωση της ρύθμισης των 100 δόσεων (ν. 4764/20)	

Υπεύθυνη Δήλωση: Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι τα στοιχεία της αίτησής μου είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.

Ημερομηνία/...../2023

Ο/Η Αιτών/ούσα