



ΔΗΜΟΣ ΑΓΛΑΝΤΖΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΤΕΛΩΝ

ΑΠΟΚΟΜΙΔΗΣ ΣΚΥΒΑΛΩΝ

ΑΝΑΠΗΡΟΙ

Ενίσταμαι κατά των επιβληθέντων τελών και ζητώ αναθεώρηση.

1. ΟΝΟΜΑ:.....ΕΠΙΘΕΤΟ:.....
2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....
3. ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....
4. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΛΑΤΗ:.....
5. ΑΡ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ:.....
6. ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1) Επισυνάπτω αντίγραφο Βιβλιαρίου Ατόμου με αναπηρία του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες του Υπουργείου Εργασίας ή Βεβαίωση ποσοστού ανικανότητας από τις Κοινωνικές Ασφαλίσεις.

2) Πιστοποιητικό αποδοχών

Έχοντας υπόψη τις πρόνοιες του Νόμου δηλώνω υπεύθυνα ότι το ετήσιο ακάθαρτο εισόδημα μου ανέρχεται σε €.....

Ο/Η Δηλών/Δηλούσα

Για υπηρεσιακή χρήση

Υπογραφή :.....

Υπογραφή :.....

Ημερομηνία :.....

Όνομα :.....

Ημερομηνία :.....