



ΔΗΜΟΣ ΑΓΛΑΝΤΖΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΤΕΛΩΝ

ΑΠΟΚΟΜΙΔΗΣ ΣΚΥΒΑΛΩΝ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ

Ενίσταμαι κατά των επιβληθέντων τελών και ζητώ αναθεώρηση.

1. ΟΝΟΜΑ:ΕΠΙΘΕΤΟ:.....
2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....
3. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΛΑΤΗ :.....
4. ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:.....
5. ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....ΚΑΙ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ:.....
6. ΑΡ. ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ :.....ΚΑΙ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ:.....
7. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :.....ΚΑΙ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Έχοντας υπόψη τις πρόνοιες του Νόμου δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν έχω άλλα εισοδήματος εκτός από τη μηνιαία σύνταξη των Κοινωνικών Ασφαλίσεων ανερχόμενη στο ποσό των €.....
Μηνιαία σύνταξη του/της συζύγου €.....

Επισυνάπτω:

- (α) Φωτοαντίγραφο επιταγής σύνταξης κοινωνικών ασφαλίσεων (ή βεβαίωση από τραπεζικό οργανισμό) του αιτητή και του/της συζύγου.
- (β) Φωτοαντίγραφο δελτίου ταυτότητας του αιτητή και του/της συζύγου.

Ο/Η Δηλών/Δηλούσα

Για υπηρεσιακή χρήση

Υπογραφή:.....

Υπογραφή:.....

Ημερομηνία:.....

Όνομα:.....

Ημερομηνία:.....