

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ**

**ΤΟΥ**

.....  
.....  
.....

Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α./ΤΜΗΜΑ  
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ- ΕΣΟΔΩΝ/..... (\*)

Βερανζέρου 48  
ΑΘΗΝΑ – Τ.Κ. 10438

**Α.Δ.Τ.:**

**Α.Φ.Μ.:**

**Δ.Ο.Υ.:**

**Α.Μ.Κ.Α.:**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:**

**ΤΗΛ:**

Παρακαλώ όπως μου επιστραφεί το ποσό των ..... €, το οποίο παρακρατήθηκε με την υπ' αριθ. .... /..... Απόφαση του Διευθυντή Ασφάλισης Παροχών Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. χορήγησης του δικαιούμενου εφάπαξ χρηματικού βοηθήματός μου.

Με την παρούσα αποστέλλεται:

Φ/φο IBAN Τραπεζικού Λογ/σμου  
(Εθνικής Τράπεζας).

....., .....- .....- 201..  
Ο / Η  
ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ

(\*) Αναγράφεται ο Τομέας Πρόνοιας Τ.Π.ΑΣ., Τ.Π.Υ.Α.Π. & Τ.Π.Υ.Π.Σ./ Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α. , κατά περίπτωση.