**Ημερομηνία**

 **Αριθμ. Πρωτ.**

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ ΑΑΔΕ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

**«Διαδικασία βεβαίωσης εσόδων υπέρ Δημοσίου και τρίτων**

 **και διαδικασία μείωσης εσόδων»**

**Σκοπός Χρήσης:**

**Στοιχεία Φορέα:**

|  |
| --- |
| Πλήρης Επωνυμία(στα ελληνικά) :  |
| Διακριτός Τίτλος :  |
| ΑΦΜ :  |

**Ταχυδρομική Διεύθυνση**

|  |
| --- |
| Οδός : Αριθμός :  |
| Πόλη: Τ.Κ.:  |
|  |

**Στοιχεία Υπεύθυνου Φορέα**

|  |
| --- |
| Ονοματεπώνυμο :  |
| Θέση - Τμήμα :  |
| Διεύθυνση Επικοινωνίας :  |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας :  |
| e-mail :  |
| Α.Δ.Τ. : ΑΦΜ :  |

**Στοιχεία αναπληρωτή υπεύθυνου**

|  |
| --- |
| Ονοματεπώνυμο :  |
| Θέση - Τμήμα :  |
| Διεύθυνση Επικοινωνίας :  |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας :  |
| e-mail :  |
| Α.Δ.Τ. : ΑΦΜ :  |

**Είδη Φόρων και χρησιμοποιούμενοι Α.Λ.Ε.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Περιγραφή Είδους Φόρου** | **Έτη παραγραφής εσόδου** | **Ποσοστό συνεισπραττομένων που συνυπολογίζονται κατά την είσπραξη του εσόδου** |
|  |  |  |
| **ΑΛΕ (κωδικός)** | **Περιγραφή ΑΛΕ** | **Ισχύουσα Υ.Α.\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Περιγραφή Είδους Φόρου** | **Έτη παραγραφής εσόδου** | **Ποσοστό συνεισπραττομένων που συνυπολογίζονται κατά την είσπραξη του εσόδου** |
|  |  |  |
| **ΑΛΕ (κωδικός)** | **Περιγραφή ΑΛΕ** | **Ισχύουσα Υ.Α.\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Ισχύουσα Υ.Α. βάσει της οποίας ανατέθηκε η είσπραξη των εσόδων υπέρ τρίτων στη Φορολογική Διοίκηση (στην περίπτωση βεβαίωσης εσόδων εκτός προϋπολογισμού).**

**Φορείς που χρησιμοποιούν τη διαδικασία βεβαίωσης εσόδων υπέρ Δημοσίου και τρίτων και τη διαδικασία μείωσης εσόδων μέσω του διαμετακομιστικού κόμβου.**

|  |  |
| --- | --- |
| Α/Α  | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Αποδέχομαι ότι η αποκλειστική ευθύνη για τη διαχείριση των εξουσιοδοτήσεων, των οργανωτικών μονάδων και των εκπροσώπων του φορέα βαρύνει τον ως άνω φορέα και μόνο, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την ανάπτυξη πολιτικής διαχείρισης και ελέγχου των εξουσιοδοτήσεων, των οργανωτικών μονάδων και των εκπροσώπων του.

Ημερομηνία Ο Προϊστάμενος της Διεύθυνσης

 Του Φορέα

 *Η συμπλήρωση όλων των στοιχείων είναι υποχρεωτική.*

*……………………………………………………………………………………...*

Εγκρίνεται αποκλειστικά για τον παραπάνω σκοπό χρήσης