

**ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ ΕΝΣΗΜΑ**  
**ΕΤΑΑ-ΤΥΔΕ ενιαίο ένσημο 2 €**

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΑΜ/ΤΥΔΕ.....**

**ΕΠΩΝΥΜΟ.....**

**ΟΝΟΜΑ.....**

**ΙΔΙΟΤΗΤΑ.....**

**ΑΔΤ.....**

**Δ/ΝΣΗ.....**

**ΠΟΛΗ..... Τ.Κ.....**

**ΤΗΛ.....**

**.....**

**FAX.....**

**E-MAIL.....**

**Α.Φ.Μ.....**

**ΔΟΥ.....**

**ΠΡΟΣ Ε.Τ.Α.Α.-ΤΥΔΕ**

**(ΤΑΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ**  
**ΕΠΑΡΧΙΩΝ)**

**ΗΠΕΙΡΟΥ 64 -10439 ΑΘΗΝΑ**  
**Τηλ.fax:210 8814398**

**Παρακαλώ να μου χορηγήσετε**

**Βεβαίωση ασφαλιστικής**  
**ενημερότητας**

**(Ν.2084/92,άρθρο 63)**

**Επιθυμώ να λάβω τη βεβαίωση**

**Με ΕΛΤΑ.....Με fax.....**

**Ημερομηνία.....**

**Ο αιτών/ Η αιτούσα**