

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: \_\_\_\_\_  
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ: \_\_\_\_\_



Α.Μ.: \_\_\_\_\_

Α.Μ. ΣΥΝΑΛ.: \_\_\_\_\_

ΕΠΙΔΟΜΑ: ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ

Προς  
ΔΗΜΟ ΠΕΙΡΑΙΑ  
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ Υ ΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ  
ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ

**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ \_\_\_\_\_

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ \_\_\_\_\_

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ \_\_\_\_\_

Δ/ΝΣΗ \_\_\_\_\_

ΑΡΙΘΜΟΣ \_\_\_\_\_

ΠΟΛΗ \_\_\_\_\_

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ \_\_\_\_\_

ΠΕΙΡΑΙΑΣ \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_\_

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε  
Βεβαίωση, στην οποία να αναγράφεται το  
συνολικό ποσό που εισέπραξα το έτος  
201\_\_, από το επίδομα \_\_\_\_\_

για να τη χρησιμοποιήσω στη φορολογική  
μου Δήλωση.

Ο/Η ΑΙΤ \_\_\_\_\_