

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΗΣ

ΤΟΠ./ΔΗΜ. ΚΟΙΝ.

ΝΟΜΟΥ

ΗΜ. ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ημέρα μήνας έτος

αντικώδικες

ΑΡ.. ΠΡΩΤΟΚ.

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

(ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ Ν.1599/86)

ΕΙΔΟΣ ΑΠΟΓΡΑΦΟΜΕΝΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ: ...

(Συμπληρώνεται το είδος της απογραφόμενης μονάδας:

φυσικό πρόσωπο = 98, έδρα επιχ/σης = 99, υποκατάστημα επιχ/σης = 97)

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ή

ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Όνομα

Όν. πατέρα

Α.Φ.Μ. ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΕΠΙΧ/ΣΗΣ

Επώνυμο

Όνομα

Όν. πατέρα

Α.Μ.Κ.Α. ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

ΑΡ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ. / ΔΙΑΒΑΤ.

(Εργοδότη ή νομίμου εκπροσώπου)

ενδ.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Τηλέφωνο

FAX

2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΔΡΑΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Νομός

Δήμος / Κοιν.

Κωδ. Κοιν.

αντ.

Συνοικία / Οικισμός

οδός

αριθμ.

Ταχ. Γραφείο

Α/Α

ταχ/κας

αντ.

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΟΝΟΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΟΚ/ΤΟΣ

Νομός

Δήμος / Κοιν.

Κωδ. Κοιν.

αντ.

Συνοικία / Οικισμός

οδός

αριθμ.

Ταχ. Γραφείο

Α/Α

ταχ/κας

αντ.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Τηλέφωνο

FAX

Ο ανωτέρω αναφερόμενος εργοδότης / νόμιμος εκπρόσωπος της επιχείρησης ή του υποκαταστήματος της επιχείρησης, δηλώνω υπεύθυνα γνωρίζοντας τις συνέπειες για ψευδή δήλωση ενώπιον Δημόσιας Αρχής, ότι:

1) Είμαι ιδιοκτήτης ατομικής εκμετάλλευσης / νόμιμος εκπρόσωπος της ανωτέρω επιχείρησης / του ως άνω υποκ/τος.

2) Δηλώνω ότι από/...../..... μέχρι σήμερα, απασχολούνται συνολικά στην ατομική επιχείρησή μου / στην ανωτέρω επιχείρηση / υποκατάστημα εργαζόμενοι, οι οποίοι υπάγονται στην ασφάλιση

(συμπληρώνεται ολογράφως και αριθμητικά ο αριθμός των απασχολούμενων)

του ΟΓΑ σύμφωνα με τις διατάξεις των παρ. 1 και 10 του αρθ. 7 του Ν.3232/2004, όπως ισχύει και των άρθρων 5 και 6 του Ν.4018/2011, όπως ισχύει.

3) Από τους ως άνω απασχολούμενους, είναι μετακλητοί, και προκατέβαλα συνολικά

(συμπληρώνεται ολογράφως και αριθμητικά ο αριθμός των μετακλητών) αντ.

το ποσό των (ολογράφως) (αριθμητικώς) €. Αναλυτικά :

α.. για μετακλητούς του ν. 3232/2004, προκατέβαλα €

β. για εποχιακούς του ν. 4018/201, προκατέβαλα €

γ. για αλιεργάτες του ν. 4018/2011, προκατέβαλα €

(αριθμός μετακλητών)

(αριθμητικώς)

4) Επισυνάπτω Βεβαίωση Απασχόλησης και τα άλλα απαιτούμενα δικαιολογητικά για κάθε απασχολούμενο και δηλώνω ότι εφεξής για κάθε νέα πρόσληψη θα υποβάλλω στον ΟΓΑ Βεβαίωση Απασχόλησης και τα λοιπά δικαιολογητικά μέσα σε δέκα (10) ημέρες από την έναρξη αυτής.

...../...../20.....

Στοιχεία που συμπληρώνονται από τον ΟΓΑ

Υποθέσεις για μηχανογραφική επεξεργασία

..... αντ.
Σύνολο απασχ/νων

..... αντ.
Σύνολο Μετακλητών (α+β+γ)

Βεβαιώνεται το γνήσιο της υπογραφής

Ο ΔΗΛΩΝ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ Α1

Το έντυπο ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ συμπληρώνεται σε τρία (3) αντίτυπα από τον εργοδότη στον οποίο **απασχολείται** ο εργαζόμενος (φυσικό πρόσωπο ή έδρα της επιχείρησης ή Υποκατάστημα της επιχείρησης, ανάλογα).

Τα στοιχεία που επισημαίνονται με αστερίσκο (*) συμπληρώνονται από την Υπηρεσία.

ΕΙΔΟΣ ΑΠΟΓΡΑΦΟΜΕΝΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ: Αν ο εργοδότης είναι φυσικό πρόσωπο (ατομική επιχείρηση) συμπληρώνεται η ένδειξη **98**. Αν πρόκειται για επιχείρηση (ΟΕ, ΕΕ, ΑΕ, ΕΠΕ κ.λ.π.) συμπληρώνεται η ένδειξη **99**. Αν η επιχείρηση έχει και Υποκαταστήματα η απογραφή γίνεται ξεχωριστά για την έδρα και ξεχωριστά για κάθε Υποκατάστημα. Για την έδρα συμπληρώνεται η ένδειξη **99** και για τα Υποκαταστήματα η ένδειξη **97**.

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ Ή ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: Αν ο εργοδότης είναι φυσικό πρόσωπο συμπληρώνονται τα στοιχεία του – ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ, ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ.

Αν είναι επιχείρηση, συμπληρώνεται η πλήρης επωνυμία της, όπως προκύπτει από επίσημα έγγραφα (έναρξη Δ.Ο.Υ., ΦΕΚ, καταστατικό κ.λ.π.) κατά τη στιγμή της συμπλήρωσης.

Α.Φ.Μ. ΕΡΓΟΔΟΤΗ/ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά**, με ευκρινή στοιχεία και **σωστά** ο αριθμός φορολογικού μητρώου του εργοδότη (φυσικό πρόσωπο) ή της επιχείρησης, ανάλογα.

ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.: Συμπληρώνεται η αρμόδια Δ.Ο.Υ. του εργοδότη (φυσικό πρόσωπο) ή της έδρας της επιχείρησης.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Συμπληρώνεται συνοπτικά η δραστηριότητα της επιχείρησης

(π.χ. πτηνοτροφείο, αλιευτική εκμετάλλευση παράκτιας αλιείας κ.λ.π.).

ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: Συμπληρώνεται σε περίπτωση απογραφής επιχείρησης. Αναγράφονται τα πλήρη στοιχεία του **υπευθύνου της επιχείρησης** – ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ, ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ, ασχέτως αν έχει εξουσιοδοτήσει, άλλο πρόσωπο να συμπληρώσει υπογράψει και καταθέσει τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την απογραφή. Αν οι υπεύθυνοι είναι περισσότεροι του ενός (π.χ. ΑΕ με 5 μέλη Δ.Σ.), με ειδικό έγγραφο θα ανατίθεται η εκπροσώπηση του εργοδότη σε ένα πρόσωπο.

Α.Μ.Κ.Α. ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ: Συμπληρώνεται υποχρεωτικά. Εάν ο εργοδότης είναι φυσικό πρόσωπο, αναγράφεται ο Α.Μ.Κ.Α. του εργοδότη. Εάν είναι επιχείρηση, ο Α.Μ.Κ.Α. του νόμιμου εκπροσώπου της.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: Αναγράφεται ο αριθμός αστυνομικής ταυτότητας ή ο αριθμός διαβατηρίου του εργοδότη ή του νομίμου εκπροσώπου της επιχείρησης, ανάλογα.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: Συμπληρώνονται οι αριθμοί τηλεφώνου & FAX του Εργοδότη.

2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΔΡΑΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Αν ο εργοδότης είναι φυσικό πρόσωπο συμπληρώνεται η **διεύθυνση κατοικίας** του.

Αν είναι επιχείρηση, συμπληρώνονται απαραίτητα όλα τα πεδία με στοιχεία για τη σημερινή διεύθυνση **της έδρας** της επιχείρησης.

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Συμπληρώνεται μόνο όταν γίνεται απογραφή Υποκαταστήματος /Μονάδας Παραγωγής Επιχείρησης. Στην περίπτωση αυτή στο **ΕΙΔΟΣ ΑΠΟΓΡΑΦΟΜΕΝΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ** έχει τεθεί η ένδειξη 97 και στα πεδία της ενότητας 3 συμπληρώνονται το όνομα του Υποκαταστήματος και όλα τα στοιχεία της διεύθυνσής του.