**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΝΟΜΟΣ ΑΡΤΑΣ Βουργαρέλι :**

**ΔΗΜΟΣ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΤΖΟΥΜΕΡΚΩΝ Αρ. Πρωτ :**

**47045 ΒΟΥΡΓΑΡΕΛΙ**

**Τηλ. 2685360222**

**ΑΙΤΗΣΗ**

**Για την ρύθμιση βεβαιωμένων οφειλών προς τον Δήμο Κεντρικών Τζουμέρκων**

 **ΠΡΟΣ**

 **ΤΜΗΜΑ ΤΑΜΕΙΑΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

 **ΔΗΜΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΤΖΟΥΜΕΡΚΩΝ**

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την ένταξη των βεβαιωμένων οφειλών μου

 στη ρύθμιση των διατάξεων το Ν. 5143/2024.

Την συνολική οφειλή μου επιθυμώ να την καταβάλλω σε ……. δόσεις .

Επίσης δηλώνω ότι :

Η ρύθμιση της οφειλής καταργείται με συνέπεια την υποχρεωτική

 άμεση καταβολή του υπολοίπου της οφειλής, σύμφωνα με τα στοιχεία

της αρχικής βεβαίωσης και την άμεση επιδίωξη της είσπραξής του με

 όλα τα προβλεπόμενα από την ισχύουσα νομοθεσία μέτρα,

εάν :

1) δεν καταβάλλω δύο (2) συνεχόμενες δόσεις ή τρεις (3) συνολικά

 δόσεις ή καθυστερήσω την καταβολή της τελευταίας δόσης για

χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριών (3) μηνών

2) έχω υποβάλλει αναληθή στοιχεία προκειμένου να του χορηγηθεί

η ρύθμιση.

*Η καθυστέρηση καταβολής δόσης συνεπάγεται την επιβάρυνση αυτής*

*με μηνιαία προσαύξηση 5% επί του ποσού της δόσης από την επομένη*

 *της ημέρας που όφειλε αυτή να καταβληθεί.*

**Α.ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ**

**Επώνυμο :............................................**

**Όνομα : ...............................................**

**Όνομα Πατέρα :**.................................

**Δ/νση κατοικίας** :................................

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

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

**Τηλέφωνο** :..........................................

 **Α.Δ.Τ** :................................................. **Α.Φ.Μ :...............................................**

**Δ.Ο.Υ :.................................................**

**Β. ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ**

**Επωνυμία :.........................................**

**.............................................................**

**Έδρα :.................................................**

**....................................Τ.Κ :................**

**Α.Φ.Μ :..............................................**

**Δ.Ο.Υ :................................................**

**Τηλ :....................................................**

**Νομ. Εκπρόσωπος :...........................**

**.............................................................**

**Ο / Η Αιτ ........................**