

ΕΝΤΥΠΟ 8. Αναγγελία Υπερωριακής Απασχόλησης

ΥΠΗΡΕΣΙΑ Σ.ΕΠ.Ε.	ΚΩΔΙΚΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ*	
------------------	--------------------	--

Ημερομηνία Αναγγελίας	
Χρονικό διάστημα υπερωριακής απασχόλησης	Από _____ Έως _____

A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	
ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Α.Μ.Ε. <input type="checkbox"/>
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ή ΕΠΩΝΥΜΟ ⁹	
ΟΝΟΜΑ ¹	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ	
ΑΡΜΟΔΙΑ ΔΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΑΦΜ
ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	
ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ
ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ	

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	
Κ.Α.Δ.	ΚΥΡΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ (ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ)
	ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ (ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ)

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ			
ΕΔΡΑ	Α/Α ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΚΑΤΑ ΙΚΑ	Κ.Α.Δ.	ΑΡ. ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΥΠΟΚ/ΤΟΣ ΙΚΑ		
ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ*			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			
Τ.Κ.	ΔΗΜΟΣ		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ / ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΦΑΞ	E-MAIL	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ			

⁹ Συμπληρώνονται μόνο σε περίπτωση ατομικής επιχείρησης.