

ΔΗΛΩΣΗ

Προς:

Ε.Φ.Κ.Α.

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος.....
του....., ιατρός, ειδικότητας.....
ασφαλισμένος στον ΕΦΚΑ, με ΑΜΚΑ....., δια της
παρούσης δηλώνω ότι οι μηνιαίες καταβολές ασφαλιστικών εισφορών,
στις οποίες προβαίνω από 1.1.2017 και εφεξής, δυνάμει των ατομικών
ειδοποιήσεων που μου κοινοποιούνται, γίνονται με τη **ρητή επιφύλαξη**
ασκήσεως κάθε νομίμου δικαιώματός μου, και ιδίως της διοικητικής
ή/και δικαστικής αμφισβήτησης και προσβολής όλων των σχετικών
πράξεων, είτε προσωρινών, είτε οριστικών. Σε καμία περίπτωση η όποια
καταβολή εκ μέρους μου, με οποιοδήποτε τρόπο και αν γίνεται, **δεν**
συνιστά αναγνώριση χρέους ή αποδοχή των εκδοθεισών πράξεων και
οφειλών.

Ηράκλειο

.....

Ο/Η Δηλ.....