ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΦΥΛΑΞΗΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΠΑΝΤΟΣ ΝΟΜΙΜΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΕΙΔΟΠΟΙΗΤΗΡΙΩΝ ΕΦΚΑ

Αθήνα, …/…/2017

Προς τον

Ενιαίο Φορέα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ………………………………………, ασφαλισμένος/η στον Ε.Φ.Κ.Α., με ΑΜΚΑ ………………., με την παρούσα δηλώνω ότι ***οι μηνιαίες καταβολές ασφαλιστικών εισφορών, στις οποίες προβαίνω από 1.1.2017 και εφεξής***, *δυνάμει των ατομικών ειδοποιήσεων που μού 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 οποιαδήποτε καταβολή εκ μέρους μου, με οποιονδήποτε τρόπο κι αν γίνεται, **δεν συνιστά αναγνώριση χρέους ή αποδοχή των εκδοθεισών πράξεων και οφειλών**.

Ο/Η Δηλών/ούσα