**εξουσιοδότηση για ΑΠΟΔΟΣΗ ΑΦΜ και Κλειδαρίθμου**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η:

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο και Όνομα |  |
| Επώνυμο και Όνομα πατέρα |  |
| Επώνυμο και Όνομα μητέρας |  |
| Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου |  | Ημερομηνία και Αρχή έκδοσης |  |
| ΑΦΜ *(συμπληρώστε τον ΑΦΜ σας αν εκπροσωπείτε άλλον φορολογούμενο, π.χ. αν είστε γονέας ανηλίκου, δικαστικός συμπαραστάτης κ.λπ.)* |  | Αρμόδια ΔΟΥ |  |
| Διεύθυνση Ηλεκτρον. Ταχυδρομείου |  |
| Κινητό τηλέφωνο |  |
| Νόμιμος εκπρόσωπος του Νομικού Προσώπου *(συμπληρώστε αν λειτουργείτε εκ μέρους Νομικού Προσώπου που εκπροσωπεί νομίμως τον φορολογούμενο, π.χ. ίδρυμα που είναι δικαστικός συμπαραστάτης κ.λπ.)* |  | ΑΦΜ Νομικού Προσώπου |  |

δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την:

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο και Όνομα |  |
| Επώνυμο και Όνομα πατέρα |  |
| Επώνυμο και Όνομα μητέρας |  |
| Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου |  | Ημερομηνία και Αρχή έκδοσης |  |
| ΑΦΜ |  | Αρμόδια ΔΟΥ |  |
| Διεύθυνση Ηλεκτρον. Ταχυδρομείου |  |
| Κινητό τηλέφωνο |  |

όπως υποβάλλει αίτημα για απόδοση ΑΦΜ και ταυτόχρονη απόδοση Κλειδαρίθμου

⬜ για λογαριασμό μου

⬜ για λογαριασμό του/της

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο και Όνομα |  |
| Επώνυμο και Όνομα πατέρα |  |
| Επώνυμο και Όνομα μητέρας |  |
| Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου |  | Ημερομηνία και Αρχή έκδοσης |  |
| Διεύθυνση Ηλεκτρον. Ταχυδρομείου |  |
| Κινητό τηλέφωνο |  |

τον/την οποίο/α εκπροσωπώ νόμιμα ως …………………………………………………

Επιθυμώ το πρόσωπο που εξουσιοδότησα

⬜ να παραλάβει

⬜ να μην παραλάβει

τον Κλειδάριθμο και τους κωδικούς πρόσβασης στις ψηφιακές υπηρεσίες της ΑΑΔΕ.

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία | Ο εξουσιοδοτών/Η εξουσιοδοτούσα |
|  |  |
| Υπογραφή |