**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 |