### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

###  (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | ΔΗΜΟ ΜΟΝΕΜΒΑΣΙΑΣ |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2):  |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: | 00 | ΤΚ: | 23053 |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Εmail): |  |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |

Ως νόμιμος εκπρόσωπος της επιχείρησης της επιχείρησης …………………………………………………… με έδρα τ… ………………………………. Λακωνίας Τ.Κ: ……………………. Α.Φ.Μ: …………………….. Τηλ: ………………………….. , δηλώνω ότι:

1. Η επιχείρηση **υποχρεούται** να καταβάλει εισφορές στους φορείς κύριας και επικουρικής ασφάλισης, ως εξής:  *Ε.Φ.Κ.Α (εισφορές για όλους τους υπαλλήλους εργαζόμενους στην επιχείρηση)….[ΝΑΙ]*
2. **Δεν έχει κριθεί** με δικαστική ή διοικητική απόφαση που έχουν καταστεί τελεσίδικες και με δεσμευτική ισχύ σύμφωνα με τις σύμφωνα με διατάξεις της χώρας όπου είναι εγκατεστημένη η επιχείρηση μας ή την ελληνική νομοθεσία ότι έχω/έχουμε αθετήσει υποχρεώσεις όσον αφορά στην καταβολή φόρων ή εισφορών κοινωνικής ασφάλισης.
3. **Δεν έχει επιβληθεί** σε βάρος της επιχείρησης κύρωση του οριζόντιου αποκλεισμού, σύμφωνα τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας

 …………………2023

 Ο – Η Δηλών

 ……………………………