

Προς τον Ε.Φ.Κ.Α.

ΔΗΛΩΣΗ, ιατρού (ειδικότητα).....,
κατοίκου..... με ΑΦΜ....., ΑΜΚΑ και
ΑΜ ΤΣΑΥ.....

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος, 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.**

Αθήνα.....

... Δηλ.....