

## ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΦΥΛΑΞΗΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος ....., ιατρός, κάτοικος Θεσσαλονίκης ....., ασφαλισμένος στον ΕΦΚΑ, με ΑΜΚΑ ..... και ΑΦΜ ....., δια της παρούσης δηλώνω ότι οι μηνιαίες καταβολές ασφαλιστικών εισφορών, στις οποίες πρόκειται να προβώ βάσει των διατάξεων του νόμου 4387/2016 άρθρο 39 και της σχετικής υπουργικής απόφασης αναδρομικά από 1-1-2017 και εφεξής δυνάμει των ατομικών ειδοποιήσεων που μου κοινοποιούνται, γίνονται με τη ρητή επιφύλαξη ασκήσεως κάθε νομίμου δικαιώματός μου και αξιώσεώς μου και ιδίως της διοικητικής ή/και δικαστικής αμφισβήτησης και προσβολής όλων των σχετικών πράξεων, είτε προσωρινών, είτε οριστικών, που θεωρώ ότι ερείδονται επί ανίσχυρων και αντισυνταγματικών διατάξεων. Κατά ταύτα, η όποια καταβολή εκ μέρους μου, με οποιοδήποτε τρόπο και αν γίνεται, γίνεται λόγω της απειλής δυσβάστακτων συνεπειών εις βάρος μου και σε καμία περίπτωση δεν συνιστά αναγνώριση χρέους ή αποδοχή των εκδοθεισών πράξεων και οφειλών.

Θεσσαλονίκη, .....

Ο Δηλών ασφαλισμένος