



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η - 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)

Περιγραφή αιτήματος : Έλεγχος Φρεατίου

ΠΡΟΣ:	Γενική Γραμματεία ΕΥΔΑΠ Ωρωπού 156 Περισσός ΤΚ 111 46 Τηλ. 210 214 4201/FAX: 2102144159 email: grammateia@eydap.gr	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ-ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο :			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ. *:			
Ημερομηνία γέννησης ⁽¹⁾ :				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Τηλ:		Fax:			E – mail:		
Στοιχεία Ακινήτου							
Δήμος:			Οδός:			Αριθ.:	T.K.:
Οδός 2:							
Οδός 3:							
Στοιχεία Λογαριασμού							
Αριθμός Λογαριασμού:				Αριθμός Μητρώου:			
Κωδικός Πελάτη**:				Κωδικός Κτιρίου**:			

* Η σωστή αναγραφή του ΑΦΜ είναι απαραίτητη για την διεκπεραίωση της διαδικασίας καθώς και για την ορθή καταχώρηση των στοιχείων σας στο πελατολόγιο της Ε.ΥΔ.Α.Π.

** Συμπληρώνεται από την ΕΥΔΑΠ

Η αίτηση υποβάλλεται μόνο από τον ιδιοκτήτη ή από νόμιμο πληρεξούσιο του ιδιοκτήτη

Τηλ:

Fax:

email:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽⁴⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Λογαριασμός κατανάλωσης.	<input type="checkbox"/>		
2. Αριθμός Φορολογικού Μητρώου (απλή επίδειξη αποδεικτικού στοιχείου).	<input type="checkbox"/>		

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

- Να την παραλάβετε εσείς ή εκπρόσωπός σας από το ΚΕΠ
 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό: από το ΚΕΠ

ΧΡΟΝΟΣ : 10 εργάσιμες

ΚΟΣΤΟΣ : (ανάλογα την τεχνική εργασία για την οποία και θα ενημερωθείτε)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽²⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Είμαι ιδιοκτήτης του ακινήτου επί της οδού
το οποίο υδροδοτείται από την παροχή με αριθμό μητρώου , αριθμό μετρητή
και επιθυμώ να γίνει έλεγχος του φρεατίου, γιατί διαπίστωσα

Επίσης αποδέχομαι, οποιαδήποτε δαπάνη προκύψει από τεχνική εργασία, για την αποκατάσταση του προβλήματος, να συγχρεωθεί στο λογαριασμό της υδροληψίας μου.

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Έλεγχος Φρεατίου		
Υπηρεσία Υποβολής:	Γενική Γραμματεία ΕΥΔΑΠ Ωρωπού 156 Περισσός ΤΚ 111 46 Τηλ. 210 214 4201/FAX: 2102144159 email: grammateia@eydap.gr		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:	Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:	Επώνυμο:	

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Λογαριασμός κατανάλωσης.	<input type="checkbox"/>		
2. Αριθμός Φορολογικού Μητρώου (απλή επίδειξη αποδεικτικού στοιχείου).	<input type="checkbox"/>		

ΧΡΟΝΟΣ: 10 εργάσιμες

ΚΟΣΤΟΣ: (ανάλογα την τεχνική εργασία για την οποία και θα ενημερωθείτε)

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ιδιόχειρη παραλαβή από την Υπηρεσία μας.

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

Τηλ:

Fax:

email: