

ΤΑΜΕΙΟ
ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
Τ.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Δ.
Καθολικός διάδοχος

του τ. Τομέα Π.Υ.Φ.Ε. του Ν.Π.Δ.Δ. Τ.Α.Π.Ι.Τ.

ΕΔΡΑ: Μάρνη 22, 10433 Αθήνα
 Τμήμα: ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
 Τηλ.: 210-5248526
 Fax: 210-5243041
 E-mail: esoda@tayfe.gr
grammateia@tayfe.gr

ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα, 29/06/2016

Αρ. Πρωτ.: 5779

Προς:

Όπως ο Πίνακας Αποδεκτών

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

Σχετικά με το Μητρώο Ασφαλισμένων και το Μητρώο Εργοδοτών του ΤΑΥΦΕ ΝΠΔΔ

Το ΔΣ του ΤΑΥΦΕ, στην προσπάθειά του να καταστήσει το Ταμείο λειτουργικό, αποτελεσματικό και αυτόνομο (σύμφωνα με την υπ' αρ. 390/ΕΠ4/56/30-03-2015 απόφαση, η οποία εγκρίθηκε ομόφωνα από την Γενική Συνέλευση των ασφαλισμένων στις 06/03/2016), αποφάσισε να εκσυγχρονίσει τις δομές και τις λειτουργίες του για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων μελών του και των συνεργαζόμενων επιχειρήσεων.

Ήδη ολοκληρώθηκε η Α' φάση εγκατάστασης και λειτουργίας όλου του απαιτούμενου ηλεκτρονικού εξοπλισμού, λογισμικού, κλπ., σε ένα τεχνικό περιβάλλον με υψηλό δείκτη ασφάλειας και λειτουργικότητας. Παράλληλα, έχουμε προχωρήσει σε βάθος την ανάλυση των αναγκών του Ταμείου σε ηλεκτρονικές εφαρμογές και υπηρεσίες.

Αυτή η δυναμική εξέλιξη του ΤΑΥΦΕ θα ολοκληρωθεί με την εγκατάσταση ενός Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος (ΟΠΣ), για την ασφαλή είσπραξη των εισφορών και την απονομή των εφάπαξ παροχών, τη διαχείριση της περιουσίας του και την λειτουργική και άμεση εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων μελών του και των εργοδοτών.

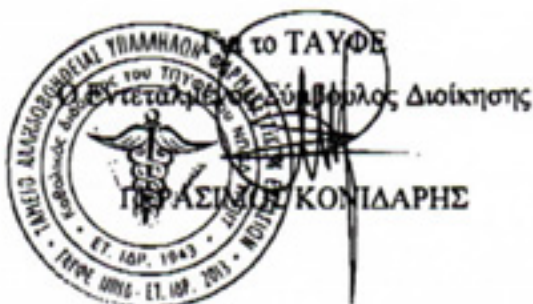
Συνεχίζοντας αυτήν την προσπάθεια, σας γνωρίζουμε ότι το ΤΑΥΦΕ, από την Παρασκευή, 1 Ιουλίου 2016 και εφ' εξής, θα χορηγεί αυτοτελώς Αριθμό Μητρώου Ασφαλισμένου (ΑΜΑ) και Αριθμό Μητρώου Εργοδότη (ΑΜΕ).

Για το λόγο αυτό παρακαλούμε:

- I.** Για κάθε νέα πρόσληψη να αποστέλλεται άμεσα το συνημμένο Απογραφικό Δελτίο Ασφαλισμένου με επισυναπτόμενα:
- α)** Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας Ασφαλισμένου, και
β) Αναγγελία πρόσληψης (έντυπο Ε3).
- II.** Για κάθε νέα επιχείρηση ή για κάθε μεταβολή στοιχείων εργοδότη, να αποστέλλεται συμπληρωμένο το συνημμένο Απογραφικό Δελτίο Εργοδότη, με επισυναπτόμενα:
- i.** Έναρξη εργασιών από την Εφορία
ii. Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας των υπευθύνων της επιχείρησης
iii. Πίνακα Προσωπικού (Έντυπο Ε4)
iv. Καταστατικό, εφ' όσον πρόκειται για εταιρεία (ΟΕ, ΕΕ, ΕΠΕ, κλπ.)

Τα ανωτέρω μπορούν να αποστέλλονται στο Ταμείο είτε ηλεκτρονικά, στο e-mail: apografiko@tayfe.gr, είτε με φαξ στο 210-5243041, είτε στην έδρα του Ταμείου (Μάρνη 22 10433 Αθήνα, 4^{ος} όροφος).

Τα Απογραφικά Δελτία μπορείτε να τα αναζητήσετε στην ιστοσελίδα του Ταμείου: www.tayfe.gr.



Συνημμένα:

1. Πίνακας αποδεκτών
2. Απογραφικό Δελτίο Ασφαλισμένου
3. Απογραφικό Δελτίο Εργοδότη

Εσωτερική διανομή:

- Διευθυντή
- Αναπλ. Διευθυντή
- Τμ. Εσόδων
- Τμ. Παροχών-Απονομής Εφάπαξ
- Γρ. Πρωτοκόλλου
- Νομική υπηρεσία

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

Α) Εργοδοτικές οργανώσεις, με την παράκληση να ενημερώσουν τα μέλη τους:

1. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας
2. Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας
3. Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος
4. Πανελλήνια Ένωση Φαρμακαποθηκάρων
5. Σύνδεσμο Αντιπροσώπων Φαρμακευτικών Ειδών & Ειδικοτήτων
6. Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος
7. Πανελλήνιος Σύνδεσμος Βιομηχανιών & Αντιπροσώπων Καλλυντικών
8. Σύνδεσμος Αντιπροσώπων Εισαγωγέων & Παρασκευαστών Κτηνιατρικών Φαρμάκων

Β) Σωματεία εργαζομένων, με την παράκληση να ενημερώσουν τα μέλη τους:

1. ΟΕΦΣΕΕ
2. ΠΟΙΕ-ΦΣΕΚ

Γ) Φαρμακευτικές Εταιρείες, με την παράκληση να ενημερώσουν τους υπαλλήλους τους

Δ) Φαρμακευτικοί Σύλλογοι, με την παράκληση να ενημερώσουν τα μέλη τους

Ε) Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, με την παράκληση να ενημερώσει τα μέλη του

Στ) Πανελλήνια Ομοσπονδία Λογιστών, με την παράκληση να ενημερώσει τα μέλη της

Ζ) ΤΕΛΥΦΕ ΝΗΣΙΑ

Τ.Α.Υ.Φ.Ε.-Ν.Π.Ι.Δ.

**ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**
Καθολικός διάδοχος
του τ. Τομέα Π.Υ.Φ.Ε. του Ν.Π.Δ.Δ. Τ.Α.Π.Ι.Τ.

Ημ/νία:
Αρ. Πρώτ:

ΕΔΡΑ: Μάρνη 22 - 10433 ΑΘΗΝΑ

ΤΜΗΜΑ: Εσόδων-Μητρώου

Τηλ: 210-5246240

Fax: 210-5243041

E-mail: prografika@taufe.gr<http://www.taufe.gr/>**ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ									
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ Τ.Α.Υ.Φ.Ε. <i>(Συμπληρώνεται από τον Υπαλλήλο)</i>									
Α.Μ.Κ.Α.									
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ									
Α.Φ.Μ.									
ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.									
ΟΝΟΜΑ									
ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ									
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ				
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ			ΦΥΛΟ		ΑΡΡΕΝ		ΘΗΛΥ		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΑΔΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ		ΕΙΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ		ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ					
				ΠΟΛΗ	ΝΟΜΟΣ	ΧΩΡΑ			
2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ									
ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ			ΤΑΧ.ΚΩΔ.		ΠΟΛΗ		ΝΟΜΟΣ		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ (1)		ΤΗΛΕΦΩΝΟ (2)		FAX		e-mail			
3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ Χ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΠΕΔΙΟ)									
ΑΓΑΜΟΣ		ΕΓΓΑΜΟΣ		ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ		ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ									
ΟΝΟΜΑΤΥΜΟ					ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝ. ΣΥΖΥΓΟΥ				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ									
ΟΝΟΜΑΤΥΜΟ					ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝ. 1ου ΤΕΚΝΟΥ				
ΟΝΟΜΑΤΥΜΟ					ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝ. 2ου ΤΕΚΝΟΥ				
ΟΝΟΜΑΤΥΜΟ					ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝ. 3ου ΤΕΚΝΟΥ				
4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (Κατά την Απογραφή)									
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ		ΕΠΩΝΥΜΙΑ				ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			
Α.Φ.Μ. ΕΡΓΟΔΟΤΗ			Δ.Ο.Υ.						
ΕΙΣΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ (Κατά την Απογραφή)									
Σ.Σ.Ε. στην οποία υπάγεται ο εργαζόμενος									

5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ		
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΦΑΡΜΑΚΟΥ (Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. Ν.Π.Δ.Δ.-Κλάδος Πρόνοιας, Τ.Α.Π.Ι.Τ. Ν.Π.Δ.Δ., Τ.Α.Υ.Φ.Ε. Ν.Π.Δ.Δ.)		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΕ ΚΥΡΙΟ ΦΟΡΕΑ (Ι.Κ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ε.Τ.Α.Α. κλπ, ΠΑΝΗ Ο.Γ.Α. κλπ Ν.Α.Τ.)
...../...../.....	/...../.....
ΜΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ	ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ (ΕΝΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΕ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΚΥΡΙΟ ΦΟΡΕΑ ΜΕΧΡΙ 31/12/1992)>>> ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ Χ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΔΕΣΙΑ	
	ΝΕΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ (ΕΝΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΕ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΚΥΡΙΟ ΦΟΡΕΑ ΑΠΟ 01/01/1993 ΚΑΙ ΜΕΤΑ)>>> ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ Χ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΔΕΣΙΑ	
6. ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ		
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
ΛΟΙΠΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΚΛΑΔΟ		

Δηλώνεται υπεύθυνα η ορθότητα των ανωτέρω στοιχείων
Ο/Η ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/Η

Σφραγίδα & Υπογραφή Εργοδότη

Ημερομηνία/...../.....

Σημείωση: Κάθε ασφαλισμένος και εργοδότης είναι υπεύθυνος για τα στοιχεία που δηλώνονται, βάσει των οποίων θα καθοριστεί ο ασφαλιστικός του βίος. Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική.

ΤΑΜΕΙΟ
ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
Τ.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ

Ημ/νια:
 Αρ. Πρωτ.:

Καθολικός διάδοχος

του τ. Τομέα Π.Υ.Φ.Ε. του Ν.Π.Δ.Δ. Τ.Α.Π.Ι.Τ.

ΕΔΡΑ: Μάρνη 22 - 104 33 Αθήνα

ΤΜΗΜΑ: Εσόδων-Μητρώου

Τηλ: 210-52.26.240

Fax: 210-52.43.041

email : apografiko@taufe.gr

http://www.taufe.gr/

ΔΕΛΤΙΟ
ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ - ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ
ΕΡΓΟΔΟΤΗ

1) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Αριθμός Μητρώου Τ.Α.Υ.Φ.Ε.*			
* Συμπληρώνεται από την υπηρεσία			
ΕΠΩΝΥΜΙΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ		ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ		ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	
Α.Φ.Μ.		ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ	
Αριθμός Μητρώου ΙΚΑ			

2) ΕΙΔΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ	
	ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ	
	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ	
	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	
	ΑΛΛΗ	

3) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Νομός:	Πόλη:	
	Οδός:	Αριθμ.	Ταχ.Κωδ.
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ:	Fax:	e_mail:

4) ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ			ΟΝΟΜΑ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	FAX		E-MAIL
5) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΩΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΩΝ			
1ος			
ΕΠΩΝΥΜΟ			ΟΝΟΜΑ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ			ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	Πόλη:	Νομός:	
	Οδός:	Αριθμ.	Ταχ.Κωδ.
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ:	Fax:	e-mail:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	Αριθμός:	Ημερομ/νια έκδοσης:	Εκδούσα Αρχή:
Α.Φ.Μ.		ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.	
ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΛΕΚΗΣΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ		
ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΟΡΙΣΜΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ*			
2ος			
ΕΠΩΝΥΜΟ			ΟΝΟΜΑ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ			ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	Πόλη:	Νομός:	
	Οδός:	Αριθμ.	Ταχ.Κωδ.
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ:	Fax:	e-mail:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	Αριθμός:	Ημερομ/νια έκδοσης:	Εκδούσα Αρχή:
Α.Φ.Μ.		ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.	
ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΛΕΚΗΣΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ		
ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΟΡΙΣΜΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ*			

3ος			
ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	Πόλη:	Νομός:	
	Οδός:	Αριθμ.	Ταχ.Κωδ.
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Τηλ.	Φακ:	e-mail:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	Αριθμός:	Ημερομ/νια έκδοσης:	Εκδούσα Αρχή:
Α.Φ.Μ.		ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ.	
ΙΔΙΟΤΗΤΑ		ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΛΕΚΗΣΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ	
ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΟΡΙΣΜΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ*			

* Αναφέρατε την απόφαση του Δ.Σ. ή άλλων οργάνων, ή εγγράφων και στοιχείων, με τα οποία ορίστηκαν οι δηλωθέντες νόμιμοι εκπρόσωποι.

Δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των συνεπειών του Ν.1599/86 ότι τα στοιχεία που αναγράφονται σε όλες τις σελίδες του παρόντος εντύπου είναι αληθή.

.....
Ο Δηλών εργοδότης ή ο πληρεξούσιος του

.....
Ονοματεπώνυμο - Σφραγίδα

Υποβάλλονται συνημμένα:

	Καταστατικό εκχώρησης και τυχόν τροποποιήσεις/ μεταβολές
	Έναρξη εργασιών από Δ.Ο.Υ. και τυχόν τροποποιήσεις/ μεταβολές
	Πίνακας Προσωπικού
	Φωτοτυπίες ταυτότητας των νομίμων εκπροσώπων