**ΔΗΛΩΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΚΧΩΡΗΘΕΝΤΟΣ ΟΝΟΜΑΤΟΣ ΧΩΡΟΥ .gr ή .ελ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία / Ώρα υποβολής  Δήλωσης στον Καταχωρητή |  |

**Προς τον Καταχωρητή με την επωνυμία: PSN WEB O.E.**

**Από τον Φορέα του Ονόματος Χώρου** (Ονοματεπώνυμο/Επωνυμία): …………………………………..

**Όνομα Χώρου\*:** ………………………………………

**Σημείωση:** Με αστερίσκο (\*) σημειώνονται τα πεδία που διαβιβάζονται από τον Καταχωρητή στο Μητρώο Ονομάτων Χώρου και τηρούνται από αυτό.

**Σημειώστε με √ όσα από τα κάτωθι στοιχεία θεωρείτε εμπιστευτικά και επιθυμείτε την απόκρυψη τους**

**Σημειώστε ΜΟΝΟ τα στοιχεία τη μεταβολή την οποία δηλώνετε.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Στοιχεία Δηλώντος Φυσικού Προσώπου** | Απόκρυψη |
| Ονοματεπώνυμο\*: |  |
| Αρ. Αστ. Ταυτότητας 1: |  |
| Τηλέφωνο\*: |  |
| E-mail\*: |  |
| Fax: |  |
| Οδός - Αριθμός\*: |  |
| Τ.Κ. - Περιοχή\*: |  |
| Πόλη - Χώρα\*: |  |
| Κωδικός Εξουσιοδότησης Προσώπου\*: |  |

1 Ο Αρ. Αστ. Ταυτότητας δύναται να αλλάξει εφόσον διατηρείται η ταυτοπροσωπία του Φορέα.

|  |  |
| --- | --- |
| **ή**  **Στοιχεία Δηλώντος Νομικού Προσώπου** | Απόκρυψη |
| Επωνυμία\*: |  |
| Διακριτικός Τίτλος: |  |
| ΑΦΜ/ΔΟΥ: |  |
| Τηλέφωνο\*: |  |
| E-mail\*: |  |
| Fax: |  |
| Οδός - Αριθμός\*: |  |
| Τ.Κ. - Περιοχή\*: |  |
| Πόλη - Χώρα\*: |  |
| Κωδικός Εξουσιοδότησης Προσώπου\*: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Στοιχεία Νομίμου Εκπροσώπου Νομικού Προσώπου** | Απόκρυψη |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| ΑΦΜ: |  |
| Τηλέφωνο: |  |
| Fax: |  |
| E-mail: |  |

## Κωδικός Εξουσιοδότησης Ονόματος Χώρου\*: …………………………………………….

## Εξυπηρετητές Ονοματοδοσίας:

1. ………………………………………..

2. …………………………………………….

**Πρόσωπα για επικοινωνία** (προσθήκη / αφαίρεση / αλλαγή στοιχείων υπάρχοντος προσώπου) :

|  |  |
| --- | --- |
| **Στοιχεία Προσώπου για επικοινωνία** | Απόκρυψη |
| Ονοματεπώνυμο/ :  Επωνυμία |  |
| Τηλέφωνο: |  |
| E-mail: |  |
| Fax: |  |
| Οδός - Αριθμός: |  |
| Τ.Κ. - Περιοχή: |  |
| Πόλη - Χώρα: |  |
| Κωδικός Εξουσιοδότησης Προσώπου: |  |
| Ιδιότητα: |  |

# ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο κάτωθι υπογραφών-ούσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(επώνυμο) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (όνομα) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ιδιότητα) δηλώνω υπευθύνως σύμφωνα με τον Νόμο 1599/86 ότι:

(α) Τα στοιχεία που δηλώνω με την παρούσα δήλωση είναι αληθή και ακριβή.

(β) Δεσμεύω το συγκεκριμένο νομικό πρόσωπο (Μόνο σε περίπτωση νομικών προσώπων).

Ο-Η Δηλών-ουσα

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία / / | Ονοματεπώνυμο (Κεφαλαία) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Υπογραφή Φυσικού Προσώπου/ Νομίμου Εκπροσώπου (Σφραγίδα) |