Comspeq IT Solutions
Καταχωρητής ονομάτων χώρου .gr και .ελ, Αρ. Μητρώου ΕΕΤΤ 91-149
Σπ. Λούη 21, 151 24 Μαρούσι | Τ. 210 614 5500 | info@comspeq.gr

Δήλωση μεταβολής στοιχείων εκχωρηθέντος ονόματος χώρου .gr ή .ελ

Σύμφωνα με το υπόδειγμα του Παραρτήματος ΣΤ του Κανονισμού Διαχείρισης και Εκχώρησης Ονομάτων Χώρου της ΕΕΤΤ (ΦΕΚ Β΄ 2908/2024).

(Με αστερίσκο σημειώνονται τα πεδία που διαβιβάζονται από τον Καταχωρητή στο Μητρώο Ονομάτων Χώρου και τηρούνται από αυτό)

Ημερομηνία υποβολής Δήλωσης στον Καταχωρητή (συμπληρώνεται από τον Καταχωρητή)

Προς τον Καταχωρητή με την επωνυμία: **COMSPEQ IT SOLUTIONS (Αρ. Μητρώου ΕΕΤΤ 91-149)**

Από τον Φορέα του Ονόματος Χώρου (Ονοματεπώνυμο/Επωνυμία): _____

Όνομα Χώρου*: _____

Σημειώστε με ✓ στη στήλη «Απόκρυψη» όσα στοιχεία θεωρείτε εμπιστευτικά και επιθυμείτε την απόκρυψή τους.

Σημειώστε ΜΟΝΟ τα στοιχεία τη μεταβολή των οποίων δηλώνετε. Ο Αρ. Αστ. Ταυτότητας δύναται να αλλάξει εφόσον διατηρείται η ταυτοπροσωπία του Φορέα.

Στοιχεία Δηλώντος Φυσικού Προσώπου		Απόκρυψη
Ονοματεπώνυμο		☐
Αρ. Αστ. Ταυτότητας		☐
Τηλέφωνο*		☐
Email*		☐
Fax		☐
Οδός – Αριθμός*		☐
Τ.Κ. – Περιοχή*		☐
Πόλη – Χώρα*		☐

ή

Στοιχεία Δηλώντος Νομικού Προσώπου		Απόκρυψη
Επωνυμία		☐
Διακριτικός τίτλος		☐
ΑΦΜ / ΔΟΥ		☐
Τηλέφωνο*		☐
Email*		☐
Fax		☐
Οδός – Αριθμός*		☐
Τ.Κ. – Περιοχή*		☐
Πόλη – Χώρα*		☐

Στοιχεία Νομίμου Εκπροσώπου Νομικού Προσώπου		Απόκρυψη
Ονοματεπώνυμο		☐
ΑΦΜ		☐
Τηλέφωνο		☐
Email		☐
Fax		☐

Εξυπηρετητές Ονοματοδοσίας:

Comspeq IT Solutions
Καταχωρητής ονομάτων χώρου .gr και .ελ, Αρ. Μητρώου ΕΕΤΤ 91-149
Σπ. Λούη 21, 151 24 Μαρούσι | Τ. 210 614 5500 | info@comspeq.gr

1. _____

2. _____

3. (προαιρετικά) _____

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

Στοιχεία Προσώπου για επικοινωνία		Απόκρυψη
Ονοματεπώνυμο / Επωνυμία	_____	☐
Τηλέφωνο	_____	☐
Email	_____	☐
Fax	_____	☐
Οδός – Αριθμός	_____	☐
Τ.Κ. – Περιοχή	_____	☐
Πόλη – Χώρα	_____	☐
Ιδιότητα	_____	☐

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο-Η κάτωθι υπογράφων-ουσα ..... (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).

Ημερομηνία ____/____/_____

Ο-Η Δηλών-ουσα

Ονοματεπώνυμο (Κεφαλαία)

_____

_____

Υπογραφή Φυσικού Προσώπου / Νομίμου Εκπροσώπου (Σφραγίδα)