

**Υ43**

**ΠΡΟΣ  
ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΝΟΜΑΡΧΙΑΣ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ  
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΚΙΝΗΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΩΝ  
(ΚΙΝΗΤΕΣ ΚΑΝΤΙΝΕΣ)**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** .....  
**ΟΝΟΜΑ:**.....  
**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ή ΣΥΖΥΓΟΥ:**.....  
**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:** .....  
**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**.....  
**ΟΔΟΣ:** ..... **ΑΡΙΘΜΟΣ:**.....**ΠΟΛΗ:** .....  
**Τ. Κ.:** .....**ΤΗΛ:** .....**FAX:** .....  
**Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :** .....**ΑΦΜ.**.....**E-mail**.....

**Στοιχεία Αιτούντος για Ν.Π. ή Ενώσεις Προσώπων**

**Α.Φ.Μ.:**.....**ΕΠΩΝΥΜΙΑ:**.....  
**Αρ. Καταστατικού..... Ημερομηνία Επικύρωσης Καταστατικού.....**  
**Αρ. & έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:**..... **Έδρα:**.....  
**Οδός:**.....**Αριθμός:**.....**Τ.Κ.:**.....**Νομός:**.....  
**Τηλέφωνο:**.....**Fax:**.....**E-mail:**.....

Παρακαλώ να εξετάσετε κατά νόμο το αίτημά μας με τα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά για την χορήγηση βεβαίωσης καταλληλότητας κινητών καταστημάτων (κινητές καντίνες)

(Πόλη - Ημερομηνία).....

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....  
(υπογραφή)

## **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Φωτοτυπία της άδειας κυκλοφορίας με τα χαρακτηριστικά του αμαξώματος