

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:		Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:		Επώνυμο:	

ΧΡΟΝΟΣ : Η αντικατάσταση της άδειας γίνεται εντός αποκλειστικής προθεσμίας δέκα **(10)** ημερών. Αν η προαναφερόμενη προθεσμία παρέλθει άπρακτη, λογίζεται ότι η άδεια έχει αντικατασταθεί. Ο ενδιαφερόμενος μπορεί με αίτησή του να ζητήσει τη χορήγηση σχετικής βεβαίωσης από το δήμο.

ΚΟΣΤΟΣ: Παράβολο σύμφωνα με τα οριζόμενα στην Κ.Υ.Α. οικ. 61167/17-12-2007 (για την περίπτωση λειτουργίας του καταστήματος από νέο πρόσωπο).

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)