

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «Χορήγηση Ειδικού Σήματος Λειτουργίας σε Κέντρα Θαλασσοθεραπείας»

ΠΡΟΣ:	Ειδική Υπηρεσία Πρώθησης και Αδειοδότησης Τουριστικών Επιχειρήσεων Υπουργείου Τουρισμού ή Ε.Κ.Ε.	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:*		Α.Φ.Μ:	
Αριθ. Διαβατηρίου:*		Βεβαίωση καλής υγείας:	Ιθαγένεια:
Ημερομηνία γέννησης ¹ :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:
			Αριθ:
			ΤΚ:
Τηλ:		Fax:	e-mail:

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

¹ Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός : π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Επωνυμία:					
Αρ. Καταστατικού:				Έτος Ίδρυσης:	
Αρ. και έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημερομηνία καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ και ΕΕ) ή ο αριθμός ΓΕΜΗ ή ο αντίστοιχος αριθμός οικείου Μητρώου για τις λοιπές μορφές επιχειρήσεων:					
Α.Φ.Μ.:			Δ.Ο.Υ.:		
Έδρα	Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Δήμος / Κοινότητα:			Νομός:		
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Παρακαλώ για τη χορήγηση Ειδικού Σήματος Λειτουργίας Κέντρου Θαλασσοθεραπείας

ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ² (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

με τα κάτωθι στοιχεία:

Επωνυμία επιχείρησης:					
Διεύθυνση επιχείρησης	Δήμος / Κοινότητα:	Οδός:	Αριθ.:		ΤΚ:

² Βλ. σημείο 1 περιεχομένου υπεύθυνης δήλωσης (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

Α.Φ.Μ. :		Δ.Ο.Υ.:	
Τηλ:	Fax:	E – mail:	
Διακριτικός τίτλος Κέντρου Θαλασσοθεραπείας (προαιρετικά)			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις³, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

2.»

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
4. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

.....

(Ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)

³ «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».