

ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ

Προς το Δήμο Αχαρνών

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ

.....

ΕΔΡΑ

ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

.....

ΟΔΟΣ

Τ.Κ.

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

Α.Δ.Τ.

ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ

Α.Φ.Μ.

Δ.Ο.Υ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε προέγκριση

ίδρυσης καταστήματος ή επιχείρησης

υγειονομικού ενδιαφέροντος που πρόκειται

που πρόκειται να λειτουργήσω στην οδό

.....

αρ. της περιοχής

..... Ο.Τ.....

ως

.....

με ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟ ΤΙΤΛΟ

.....

.....

.....

2. Σας πληροφορώ ότι στον ίδιο χώρο πριν

λειτουργούσε το κατάστημα

.....

ως

.....

.....

.....

1. (Συμπληρώνεται ανά περίπτωση)

Ζητώ την προέγκριση για την ανάπτυξη

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....

.....

(ΣΦΡΑΓΙΔΑ)