

ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΑΙΤΗΣΗ

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:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Προς το Δήμο Αχαρνών

1. Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης και λειτουργίας για το κατάστημα ή επιχείρηση υγειονομικού ενδιαφέροντος 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

Αυτεπάγγελτες αναζητήσεις δικαιολογητικών που είναι απαραίτητα για τη χορήγηση της ως άνω αδείας.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ποινικής κατάστασης

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Βεβ. Χώρου κυρ. χρήσης

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Πιστ. Πυροσβεστικής

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....