

ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΑΔΕΙΑΣ

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Παρακαλώ όπως προβείτε στην μεταβίβαση της αριθ. άδειας ίδρυσης και λειτουργίας του καταστήματος ή επιχείρησης υγειονομικού ενδιαφέροντος

.....

ιδιοκτησίας

που βρίσκεται στην οδό.....

αρ. της περιοχής

.....

στην επωνυμία της νέας επιχείρησης, με τους

ιδιους όρους και προϋποθέσεις.

ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ

.....

.....

Ο/Η ΑΙΤ.....
(ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

.....