

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Η υποβολή της αίτησης ανάκλησης θα γίνεται είτε αυτοπροσώπως, είτε με εξουσιοδότηση εκπροσώπου, είτε μέσω της ιστοσελίδας www.gov.gr, χρησιμοποιώντας το κείμενο της παρακάτω αίτησης και την αποστολή του παραγόμενου αρχείου (pdf) στο email της Υπηρεσίας μας (ddy@pde.gov.gr)

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Α.Δ.Τ.:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΤΗΛ:

ΚΙΝ:

EMAIL:

ΠΡΟΣ:

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝ.ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
(Π. Π. Γερμανού 98, Πάτρα ΤΚ 26225, ισόγειο,
E-mail: ddy@pde.gov.gr)**

Παρακαλώ για την **ανάκληση*** της υπ' αριθμ.

.....

άδειας/βεβαίωσης λειτουργίας που αφορά

στ.....

.....

που λειτουργεί στο

Δήμο.....

επί της οδού.....

λόγω**.....

.....

***** για την έκδοση νέας βεβαίωσης λειτουργίας απαιτείται η υποβολή νέας αίτησης με φάκελο δικαιολογητικών στην Υπηρεσία μας, σύμφωνα με τα αναρτημένα υποδείγματα στον Οδηγό του Πολίτη στην ιστοσελίδα της ΠΔΕ.

****** αναφέρετε αιτιολογία: πχ αλλαγή έδρας, αλλαγή ιδιοκτησίας, αναστολή λειτουργίας κλπ.

.....,/...../....
(ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(υπογραφή & ονοματεπώνυμο/σφραγίδα)