

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Λάρισα.....

Όνομα:

Επώνυμο:

Πατρώνυμο:

Κάτοικος:

Οδός:

Στοιχεία Επικοινωνίας:

Κινητό:

Τηλέφωνο:

Email:

Προς

το Διοικητικό Συμβούλιο του

Οδοντιατρικού Συλλόγου Λάρισας

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε Βεβαίωση

Λειτουργίας Οδοντιατρείου ή

Πολυοδοντιατρείου,

επί της οδού

περιοχή

Τ.Κ.

όροφος

Ο/Η Αιτών/ούσα.....

Σε περίπτωση Νομικού Προσώπου:

Επωνυμία:

Έδρα:

Στοιχεία Νόμιμου Εκπροσώπου:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Στοιχεία Επικοινωνίας

Κινητό:

Τηλέφωνο:

Email:

Συνημμένα:

	1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος.
	2. Συμβόλαιο αγοράς ή εκμίσθωσης.
	3. Βεβαίωση Πολεοδομίας.
	4. Κανονισμός πολυκατοικίας.
	5. Διαγράμματα κάτοψης (2 αντίγρ).
	6. Κατάλογος μηχανημάτων.
	7. Αποδείξεις αγοράς μηχανημάτων.
	8. Πιστοποιητικό CE.
	9. Απόδειξη 200€.
	10. Πιστοποιητικό από Ε.Ε.Α.Ε.
	11. Υπ. δήλωση για ποινικό μητρώο.
	12. Υπ. δήλωση για μη απαγόρευσης άσκησης επαγγέλματος.

Μεταφορά:

	13. Αίτηση ανάκλησης προηγούμενης άδειας.

Συστέγαση:

	13. Ιδιωτικό συμφωνητικό.
	.