|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Αριθμός Αίτησης ……… | | (*συμπληρώνεται από το Υφυπουργείο Τουρισμού*) |
| Επωνυμία Επιχείρησης: | | |
| Ονοματεπώνυμο ιδιοκτήτη επιχείρησης: | | |
| Διεύθυνση: | | |
| Αριθμός Τηλεφώνου: | Αριθμός Φαξ: | |
| Email: | Ιστοσελίδα: | |
| Ονοματεπώνυμο υπεύθυνου για επικοινωνία:  Τηλέφωνο επικοινωνίας: | | |
| Γενικά πληροφοριακά στοιχεία επιχείρησης (Δήμος ή Κοινότητα, διεύθυνση όπου εδρεύει η επιχείρηση, προϊόντα εμπορίας) | | |
| Ωράριο και ημέρες λειτουργίας: | | |
| Πιστοποίηση με άλλο Σήμα Ποιότητας ή/και Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας: ❑ ΝΑΙ ❑ ΟΧΙ | | |

*Σας γνωρίζω ότι:*

1. *Αποδέχομαι πλήρως και ανεπιφύλακτα τις προδιαγραφές και τις διαδικασίες πιστοποίησης του Συμφώνου Ανάδειξης Κυπριακής Γαστρονομίας.*
2. *Οι πληροφορίες που δίδονται στο έντυπο είναι σωστές και αληθείς.*
3. *Εσωκλείω μαζί με την αίτηση ακριβές αντίγραφο της άδειας του υποστατικού και πιστοποιητικό καταλληλότητας διασφάλισης δημόσιας υγείας (υγειονομικό πιστοποιητικό).*

Ημερομηνία: / / 2019

Ο /Η αιτών/ούσα

(υπογραφή και σφραγίδα)