



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ  
ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΠΟΥ ΤΗΡΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ Δ.Ι.Υ. & Υ.Δ.Υ.**  
• ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΚ) Αρ. 852/2004 ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ 29ΗΣ ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2004 ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ  
• ΟΙ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΠΙΣΗΜΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2006

1. Ονοματεπώνυμο Αιτητή: \_\_\_\_\_ Αρ.Ταυτ.: \_\_\_\_\_

ή Όνομα Εταιρείας/ Ιδρύματος/ Σωματείου/ Λέσχης της Επιχείρησης Τροφίμων (όπως ακριβώς αναγράφεται στο Πιστοποιητικό Σύστασης Εταιρείας /Πιστοποιητικό Εγγραφής: Ιδρύματος/ Σωματείου/ Λέσχης): \_\_\_\_\_

Αρ.Μητρώου: \_\_\_\_\_

2. Διεύθυνση Υποστατικού: Λεωφ. ή Οδός: \_\_\_\_\_ Αρ: \_\_\_\_\_

Ταχ.Κώδ.: \_\_\_\_\_ Χωριό: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_ Τηλ: \_\_\_\_\_

Σε περίπτωση που η επιχείρηση αφορά κινητή καντίνα ή ρυμουλκούμενο όχημα ή σκάφος αναψυχής:

(α) Αριθμός Εγγραφής Οχήματος δηλ. της Κινητής Καντίνας /Ρυμουλκούμενου/Σκάφους Αναψυχής: \_\_\_\_\_

(β) Σημείο Στάθμευσης/Προβλήτα/Λιμάνι: \_\_\_\_\_

3. Διεύθυνση Αλληλογραφίας: Τ.Θ.: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_ Χωριό: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_

ή Λεωφ./Οδός: \_\_\_\_\_ Αρ: \_\_\_\_\_

Ταχ.Κώδ.: \_\_\_\_\_ Χωριό: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_ Τηλ: \_\_\_\_\_

4. Ονοματεπώνυμο Υπεύθυνου: \_\_\_\_\_ Τηλ: \_\_\_\_\_

5. Εμπορική Επωνυμία (αν υπάρχει): \_\_\_\_\_

6. (α) Είδος της Επιχείρησης: \_\_\_\_\_

(β) Είδος των Τροφίμων που σχετίζεται η επιχείρηση: \_\_\_\_\_

(γ) Παρακαλώ διαγράψετε ότι ΔΕΝ ισχύει, από τα πιο κάτω, πάντοτε σε σχέση με τα τρόφιμα:

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ | ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ | ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ | ΔΙΑΝΟΜΗ-ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗ | ΠΩΛΗΣΗ | ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΩΛΗΣΗ

(δ) Web Address ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΠΩΛΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_

7. Σε περίπτωση που έχει υποβληθεί αίτηση στο παρελθόν για το ίδιο υποστατικό ή έχει ήδη καταχώρηση είτε από τον ίδιο πρόσωπο/εταιρεία είτε από προηγούμενο κάτοχο, παρακαλώ αναφέρετε:

αρ.φακ/καταχ.: \_\_\_\_\_ και ονοματεπώνυμο προκάτοχου ή όνομα προκάτοχης εταιρείας: \_\_\_\_\_

Δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του Νόμου αναφορικά με ψευδείς δηλώσεις ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή.

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_ Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ονοματεπώνυμο Υπογράφοντα: \_\_\_\_\_

**Η αίτηση σας για να γίνει αποδεκτή πρέπει να συνοδεύεται με τα ακόλουθα έγγραφα:**

- Αντίγραφο της αίτησης.
- Δύο αντίγραφα ταυτότητας/διαβατηρίου στην περίπτωση που ο αιτητής είναι φυσικό πρόσωπο.
- Δύο αντίγραφα Πιστοποιητικού Σύστασης Εταιρείας/ Ιδρύματος/ Σωματείου/ Λέσχης της Επιχείρησης Τροφίμων και τυχόν προσθήκες/ τροποποιήσεις διευθυντών από τον Έφορο Εταιρειών στην περίπτωση που ο αιτητής είναι νομικό πρόσωπο (Εταιρεία/ Ίδρυμα/ Σωματείο/ Λέσχη).

Τα δεδομένα που αναφέρονται στο έντυπο αφορούν δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και η συλλογή, επεξεργασία και η χρησιμοποίησή τους θα πρέπει να γίνεται στη βάση των διατάξεων του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Κανονισμού ΕΕ 2016/679

\* Η αίτηση πρέπει να υποβληθεί στο Γραφείο της Υγειονομικής Υπηρεσίας της Επαρχίας στην οποία βρίσκεται η επιχείρηση τροφίμων. Για τα στοιχεία της διεύθυνσης και τον αριθμό τηλεφώνου των αντίστοιχων Επαρχιακών γραφείων της Υγειονομικής Υπηρεσίας, βλέπε πίσω στη σελίδα 2 →



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΠΡΟΣ:  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΗΛ.

Υπεύθυνο Υγειονομικό Επιθεωρητή  
Επαρχίας Λευκωσίας  
Οδός Κάμπου 19  
Βιομηχανική Περιοχή  
2030 Στρόβολος  
Λευκωσία

22467951

22467947

Υπεύθυνο Υγειονομικό Επιθεωρητή  
Επαρχίας Αμμοχώστου  
Τ.Θ. 33040  
5310 Παραλίμνι  
Αμμόχωστος

23812167

23812168

Υπεύθυνο Υγειονομικό Επιθεωρητή  
Επαρχίας Λάρνακας  
Λεωφ.Γρηγόρη Αυξεντίου  
Παλιό Νοσοκομείο Λάρνακας  
6301 Λάρνακα

24304561

Υπεύθυνο Υγειονομικό Επιθεωρητή  
Επαρχίας Λεμεσού  
Παλιό Νοσοκομείο  
6060 Λεμεσός

25305006

25305296

Υπεύθυνο Υγειονομικό Επιθεωρητή  
Επαρχίας Πάφου  
Ταχ.Θυρ. 60003  
8100 Πάφος

26804445

26804446

26804447

T-Φ-032/4