**Έντυπο Στοιχείων**

*για την παραλαβή*

Υγειονομικού Υλικού, Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων ή Σκευασμάτων Ειδικής Διατροφής

**Σήμερα, .... /.... /20…, ο κάτωθι υπογεγραμμένος:**

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα:\* |  |
| Επώνυμο:\* |  |
| Αρ. Ταυτότητας:\* |  |
| ΑΜΚΑ:\* |  |
| Διεύθυνση Κατοικίας: |  |
| Κινητό:\* |  |
| e-mail: |  |
| ΑΦΜ\*: |  |

**Δηλώνω υπεύθυνα**, για λογαριασμό του **Δικαιούχου** με στοιχεία:

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα:\* |  |
| Επώνυμο:\* |  |
| ΑΜΚΑ:\* |  |
| Διεύθυνση Κατοικίας:\* |  |
| Τηλ. Σταθερό ή Κινητό:\* |  |
| Αρ. Γνωμάτευσης:\* |  |
| Αρ. Εκτέλεσης:\* |  |

*\*υποχρεωτικά πεδία*

**ότι παρέλαβα τα προϊόντα** όπως αυτά αναφέρονται στην ανωτέρω εκτέλεση της γνωμάτευσης και είναι συσκευασμένα σε άριστη κατάσταση, προς χρήση.

Ο Δικαιούχος, την συγκεκριμένη χρονική στιγμή δεν ήταν σε θέση να παραλάβει τα Προϊόντα, λόγω:

.................................................................................................................................................................. *(συμπληρώστε το λόγο/αιτία που καθιστά τον Δικαιούχο μη εβρισκόμενο σε θέση παραλαβής των προϊόντων)*

**Η παρούσα υπέχει θέση υπεύθυνης δήλωσης του Ν. 1599/1986.**

Ο/Η Παραλαβών