

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