

**Επιστολή για Διαγραφή Επιχείρησης από το Μητρώο του
Διευθυντή Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας**

Προς

Διευθυντή Ιατρικών Υπηρεσιών και
Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας
(υπόψη Π.Υ.Υ.),
Προδρόμου 1,
1449 Λευκωσία

Ημερομηνία.....

Με την παρούσα σας πληροφορούμε ότι έχουμε παύσει οριστικά να λειτουργούμε την
επιχείρηση(είδος επιχείρησης) με την επωνυμία
....., επί της
οδού.....
.....(πλήρης διεύθυνση).
Παρακαλούμε όπως η εν λόγω επιχείρηση, με αριθμό καταχώρησης,
διαγραφεί από το μητρώο επιχειρήσεων τροφίμων που τηρεί το Γραφείο σας.

Υπογραφή:.....

(Σημ. Να υπογραφεί από το άτομο στο οποίο είναι καταχωρημένη η επιχείρηση)

Όνομα υπογράφοντα:.....

Θέση που κατέχει στην επιχείρηση/εταιρεία.....

Όνομα εταιρείας (όπου εφαρμόζεται):

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Ταχ. Θυρ.....Ταχ. Κωδ.....Χωριό/Πόλη

Λεωφ/Οδός Αρ. Τ.Κ. Χωριό/Πόλη