

## ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η.....,  
του ..... και της ....., γεννηθείς στις .....,  
στ ....., κάτοικος ....., οδός .....,  
αριθμ. ...., με ΑΦΜ ..... και Α.Δ.Τ  
....., ημερομηνία εκδόσεως ..... και  
αρχή έκδοσης .....

### Ε ξ ο υ σ ι ο δ ο τ ώ

τον ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟ ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ του ΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΑΦΜ: ....., Α.Δ.Τ.:

την ΑΡΤΕΜΗΣΙΑ ΧΑΒΑΛΕ του ΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΑΦΜ: ....., Α.Δ.Τ.:

όπως προβεί αντί εμού σε οποιαδήποτε νόμιμη ενέργεια για την  
**μεταβίβαση της υπάρχουσας άδειας ίδρυσης και λειτουργίας  
καταστήματος υγειονομικού ενδιαφέροντος (ΚΥΕ)**, της επιχείρησης με  
επωνυμία .....,  
καθώς και να υπογράψει οποιαδήποτε αίτηση, υπεύθυνη δήλωση, ή  
οποιοδήποτε άλλο έγγραφο απαιτηθεί για την ολοκλήρωση της ως άνω  
διεκπεραίωσης.

Ημερομηνία

.....  
Ο/Η Εξουσιοδοτών