

Το κόβω και κερδίζω

ΟΡΟΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

➔ Διάρκεια διαγωνισμού

Ο διαγωνισμός «Το κόβω και κερδίζω» έχει διάρκεια τεσσάρων εβδομάδων (2/5/2006 - 29/5/2006). Οι διαγωνιζόμενοι θα πρέπει να προσπαθήσουν να μην καπνίσουν οποιαδήποτε μορφή καπνικών προϊόντων στην περίοδο αυτή.

➔ Ποιοι μπορούν να συμμετάσχουν

Στο διαγωνισμό δικαιούνται συμμετοχή άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω, καπνιστές, που καπνίζουν κανονικά τουλάχιστον ένα χρόνο πριν την έναρξη του διαγωνισμού. Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να συμπληρώσουν και να υπογράψουν το δελτίο συμμετοχής και να το υποβάλουν στην επιτροπή του διαγωνισμού **στη διεύθυνση: Υπουργείο Υγείας, Μάρκου Δράκου 10 ,Τ.Τ 1448, Λευκωσία «ΤΟ ΚΟΒΩ ΚΑΙ ΚΕΡΔΙΖΩ»** μέχρι τις 30 Απριλίου 2006. Επίσης μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.moh.gov.cy.

➔ Διαδικασία κλήρωσης βραβείων

Ένα δείγμα σαράντα ατόμων από όλους τους συμμετέχοντες στο διαγωνισμό θα επιλεγεί με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή. Με τα άτομα αυτά θα επικοινωνήσουμε τηλεφωνικά. Όσοι από αυτούς δηλώσουν ότι δεν κάπνισαν καθόλου τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες θα κληθούν για να υποβληθούν σε τεστ αναπνοής για επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα και ανάλυση ούρων για να γίνει επιβεβαίωση. Επίσης, θα ζητηθεί η μαρτυρία των δύο μαρτύρων ότι ο καπνιστής δεν κάπνισε για ένα μήνα. Η κλήρωση των βραβείων θα γίνει τελικά ανάμεσα σε εκείνους οι οποίοι με βάση τις πιο πάνω διαδικασίες επιβεβαιώθηκε ότι δεν κάπνισαν.

➔ Διεθνής Διαγωνισμός

Δικαίωμα συμμετοχής στο Διεθνή Διαγωνισμό ο οποίος θα δώσει την ευκαιρία για ένα σούπερ βραβείο θα έχει ο πρώτος νικητής του τοπικού διαγωνισμού. Για να ολοκληρωθεί ο διαγωνισμός και να επιτραπεί η συμμετοχή της Κύπρου στο Διεθνή Διαγωνισμό θα πρέπει να δηλώσουν συμμετοχή τουλάχιστον 100 άτομα στην Κυπριακή Επιτροπή.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Διαγωνισμός «Το κόβω και κερδίζω»

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

1. Ονοματεπώνυμο:
2. Φύλο: Άντρας Γυναίκα
3. Ημερομηνία Γέννησης:
4. Διεύθυνση: Τ.Τ
5. Τηλέφωνο:
6. Αριθμός τσιγάρων που καπνίζετε ημερησίως:
7. Προηγούμενη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος:

Καμιά	<input type="checkbox"/>
Μια ως δύο	<input type="checkbox"/>
Τρεις ή περισσότερες	<input type="checkbox"/>
8. Χρόνια που καπνίζετε.

ΜΑΡΤΥΡΕΣ

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. Ονοματεπώνυμο: | 2. Ονοματεπώνυμο: |
| Διεύθυνση: | Διεύθυνση: |
| Τηλέφωνο: | Τηλέφωνο: |
| Υπογραφή: | Υπογραφή: |

Αποδέχομαι τους όρους συμμετοχής και δηλώνω συμμετοχή σύμφωνα με αυτούς.

Υπογραφή: Ημερομηνία:

**ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΩΝ
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ
ΑΔΕΙΑ ΑΡ. 148**

Δεν χρειάζεται
γραμμάτσημο
αν ταχυδρομηθεί
στην Κύπρο



**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1901 ΛΕΥΚΩΣΙΑ**