|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ** |

[Περί Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Τέλη) Κανονισμοί του 2001, ΚΔΠ 176/2001]

**Ημερομηνία \_\_\_date\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Για επίσημη χρήση** | |
| *Αρ. Αίτησης* |  |
| Ημερομηνία |  |
| *Ποσό που πληρώθηκε* |  |
| *Αρ. Γ.Λ. 288* |  |
| *Ημερομηνία* |  |

**Έφορο Συμβουλίου Φαρμάκων**

**Φαρμακευτικές Υπηρεσίες**

**Υπουργείο Υγείας**

**Λευκωσία 1475, ΚΥΠΡΟΣ**

**Τηλ.: +357 22 608 635**

**+357 22 608 603**

**Fax.: +357 22 608 649**

Παρακαλώ όπως μου εκδώσετε το (τα) πιο κάτω πιστοποιητικά:  
Please issue the following CPP:

Με τιμή

Υπογραφή (Signature)

Ονοματεπώνυμο (Name and surname)

Διεύθυνση (address)

Τηλ. (Tel. number)

Φαξ. (fax)

Email: