



## ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι αναλαμβάνω να καταβάλω στο Υπουργείο Υγείας οποιοδήποτε ποσό κριθεί πληρωτέο από τις Αρμόδιες Αρχές μετά από εξέταση της οικονομικής μου κατάστασης, τόσο για την παρούσα όσο και για μελλοντικές αποστολές μου.

Επίσης δηλώνω ότι έχω/δεν έχω\* εξασφαλίσει οικονομική βοήθεια από άλλες πηγές (Ιδιωτικά Ιδρύματα, οργανισμούς, Σωματεία, Εκκλησίες, ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης) και δεσμεύομαι ότι δεν θα προβώ στη διενέργεια οποιοδήποτε εράνου τόσο στην Κύπρο όσο και στο εξωτερικό χωρίς την προηγούμενη έγκριση των αρμόδιων αρχών.

.....  
.....

Υπογραφή: .....

Όνομα:

Ημερομηνία