



TASTE CYPRUS
DELIGHTFUL JOURNEYS
CERTIFIED QUALITY RETAILER

ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ
ΣΥΜΦΩΝΟ ΑΝΑΔΕΙΞΗΣ ΚΥΠΡΙΑΚΗΣ ΓΑΣΤΡΟΝΟΜΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΗΜΑΤΟΣ
«TASTE CYPRUS DELIGHTFUL JOURNEYS»

Αριθμός Αίτησης

(συμπληρώνεται από το Υφυπουργείο Τουρισμού)

Επωνυμία Επιχείρησης:	
Όνοματεπώνυμο ιδιοκτήτη επιχείρησης:	
Διεύθυνση:	
Αριθμός Τηλεφώνου:	Αριθμός Φαξ:
Email:	Ιστοσελίδα:
Όνοματεπώνυμο υπεύθυνου για επικοινωνία: Τηλέφωνο επικοινωνίας:	
Γενικά πληροφοριακά στοιχεία επιχείρησης (Δήμος ή Κοινότητα, διεύθυνση όπου εδρεύει η επιχείρηση, προϊόντα εμπορίας)	
Ωράριο και ημέρες λειτουργίας:	
Πιστοποίηση με άλλο Σήμα Ποιότητας ή/και Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

Σας γνωρίζω ότι:

1. Αποδέχομαι πλήρως και ανεπιφύλακτα τις προδιαγραφές και τις διαδικασίες πιστοποίησης του Συμφώνου Ανάδειξης Κυπριακής Γαστρονομίας.
2. Οι πληροφορίες που δίδονται στο έντυπο είναι σωστές και αληθείς.
3. Εσσωκλείω μαζί με την αίτηση ακριβές αντίγραφο της άδειας του υποστατικού και πιστοποιητικό καταλληλότητας διασφάλισης δημόσιας υγείας (υγειονομικό πιστοποιητικό).

Ημερομηνία: / /

Ο /Η αιτών/ούσα
(υπογραφή και σφραγίδα)