

**ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**  
**(Ο Περί Φαρμακευτικής και Δηλητηρίων Νόμος (Κεφ. 254), άρθρο 19Γ)**

Ο / Η υποφαινόμενος / η.....  
(ονοματεπώνυμο με κεφαλαία γράμματα) δηλώνω με την παρούσα ότι προτίθεται να ασκήσω προσωρινά και περιστασιακά τις υπηρεσίες φαρμακοποιού στην Κύπρο σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία στις πιο κάτω ημερομηνίες:

Έναρξη:.....Ολοκλήρωση:.....

|                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| Όνομα Πανεπιστημίου και χώρα σπουδών                                           |  |
| Ημερομηνία εγγραφής και αποφοίτησης                                            |  |
| Δίπλωμα / Πτυχίο / Πιστοποιητικό ή άλλος τίτλος φαρμακευτικής                  |  |
| Ιθαγένεια – Αριθμός Πολιτικής Ταυτότητας                                       |  |
| Πλήρης Διεύθυνση (με κεφαλαία γράμματα)<br>(Οδός & αριθμός, Τ.Τ. Πόλη / Χωριό) |  |
| Αρ. Τηλεφώνου                                                                  |  |
| Ηλεκτρονική διεύθυνση (με κεφαλαία γράμματα)                                   |  |

**Εσωκλείονται:**

1. Φωτοαντίγραφο της πολιτικής ταυτότητας
2. Βεβαίωση νόμιμης εγκατάστασης σε κράτος μέλος για την άσκηση της φαρμακευτικής
3. Βεβαίωση Καλής Αγωγής από Αρμόδια Αρχή της χώρας εγκατάστασης
4. Απόδειξη επαγγελματικής εμπειρίας στη Φαρμακευτική από Αρμόδια Αρχή
5. Πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου ή, στην περίπτωση υπηκόου άλλου Κράτους Μέλους αντίγραφο ποινικού μητρώου ή βεβαίωση ή άλλο ισότιμο έγγραφο του κράτους καταγωγής ή προέλευσης του, νοουμένου ότι δεν έχουν παρέλθει τρεις μήνες από την ημερομηνία έκδοσής του

Υπογραφή .....Ημερομηνία.....