ΕΝΤΥΠΟ 4

Ημερομηνία: …………….

Προς Υφυπουργείο Τουρισμού

Επιστολή απαίτησης καταβολής της εγκεκριμένης χορηγίας στο πλαίσια του Σχέδιου επιχορήγησης βιωματικών εργαστηρίων παραδοσιακής Χειροτεχνίας, μεταποίησης αγροτικών και κτηνοτροφικών προϊόντων και οινογαστρονομίας για το 2024

Ονοματεπώνυμο / επωνυμία δικαιούχου:

Στοιχεία επικοινωνίας με δικαιούχο:

Διεύθυνση

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο

Τηλέφωνο

Να συμπληρωθεί ο πιο κάτω πίνακας και να επισυναφθούν τα υπογραμμένα παρουσιολόγια για κάθε εργαστήριο:

|  |
| --- |
| Τίτλος Εργαστηρίου:…………………………………………………………………………………………………… |
|  | Ημερομηνία Διεξαγωγής | Αριθμός συμμετεχόντων |
| Κάτοικοι Κύπρου | Κάτοικοι Εξωτερικού | Σύνολο |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Χώρος διεξαγωγής (αν εφαρμόζεται – πχ Κτίριο Κοινοτικού Συμβουλίου) |  |
| Διεύθυνση (πχ οδός Ανδριανού 5) |  |
| Χωρίο |  |
| Επαρχία |  |

Δηλώνω ότι όλες οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ορθές και παρακαλώ όπως μου καταβληθεί το εγκεκριμένο ποσό χορηγίας το οποίο ανέρχεται σε €………….

……………………………………………………………….

Υπογραφή Δικαιούχου