



Αριθμός Μητρώου* Αριθμός Εξεταστικού Κέντρου*
(*συμπληρώνονται από το φορέα)

● Στοιχεία Υποψήφιου Εξεταστικού Κέντρου

Επωνυμία	
Διακριτικός Τίτλος	
ΑΦΜ	
ΔΟΥ	
Διεύθυνση (οδός, αριθμός, ΤΚ)	
Πόλη	
Νομός	
Τηλέφωνο	
Φαξ	
Email	
Διευθυντής Κέντρου	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας Διευθυντή Κέντρου	
Υπεύθυνος Εξετάσεων	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας Υπευθύνου Εξετάσεων	

● Λοιπά Στοιχεία

Αίθουσες Εξέτασης	Ανάθεση Αίθουσας σε Πιστοποίηση	Θέσεις Εξέτασης	Υπεύθυνος Τεχνικής Υποστήριξης

Με την παρούσα αίτηση δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Θα επιθυμούσα να ενταχθώ στον Κατάλογο των Πιστοποιημένων από το ΕΛ.ΙΝ.Π. Εξεταστικών Κέντρων για την Πιστοποίηση της γνώσης, των δεξιοτήτων και ικανοτήτων για τις παρακάτω κατηγορίες πιστοποιήσεων:

- Οινοχόος
 Πωλητής Λιανικής
 Άλλο Προσδιορίστε.....

Ο Διευθυντής του Κέντρου

Ημερομηνία,

Υπογραφή