### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ/SOLEMN DECLARATION

### (Άρθρο 8 Ν.1599/1986/article 8 L. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)/**The validity of the information submitted with this application can be verified based on the records of other authorities (article 8, par. 4, L. 1599/1986)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ/**To**(1): | **ΕΘΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, Τμήμα Ελέγχου Εκτελωνισμού / NATIONAL MEDICINE ORGANIZATION, Custo Customs Clearance Evaluation Department** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα/**Name**: |  | | | | | Επώνυμο/**Surname:** | | | | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα**/Father’s Name and Surname:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας/**Mother’s Name and Surname:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης/**Date of birth**(2): | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης/**Place of Birth**: | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου/**Passport No.:** | | | |  | | | | Τηλ/**Tel:** | |  | | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας/**Place of Permanent Residence:** | |  | | | Οδός/**Street:** | |  | | | | | | Αριθ/ **No:** |  | ΤΚ/**ZIP:** |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου **(Fax):** | | |  | | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  **(Εmail):** | | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: / **In my personal responsibility and being aware of the sanctions set in the provisions of paragraph 6 of Article 22 of Law 1599/1986, I declare that:** |
| Τα προϊόντα του συνημμένου τιμολογίου :**/ The products of the attached invoice:** |
| - Προορίζονται για προσωπική μου χρήση **/ Are intended for my personal use**  - Δεν περιέχουν απαγορευμένες ουσίες / **Do not contain any prohibited substances**  - αναλαμβάνω την ευθύνη από τη χρήση τους / **I assume responsibility for their use** |
| (4) |

Ημερομηνία/**Date**: ……….20……

Ο – Η Δηλ.**/The Declarant**

(Υπογραφή/**Signature**)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση/**Filled in by the applicant of the Authority or Organization of the public sector that this application is sent to.**

(2) Αναγράφεται ολογράφως/**Written in full.**

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών./**Whoever knowingly states false facts or denies or conceals the true facts with a written solemn declaration of Article 8 shall be punished with imprisonment of at least three months. If the person responsible for these acts intended to obtain pecuniary advantage harming others or intended to harm others, is punishable by imprisonment of up to 10 years.**

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα. /**In case of insufficient space the declaration may continue at the back side and is signed by the applicant.**