



# ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ CYPRUS DIABETIC ASSOCIATION

Συγκρότημα Κυβερνητικών Κατοικιών, Περιοχή Προεδρικού, Οικία 50  
Τ.Θ. 25306, 1308 Λευκωσία, ΚΥΠΡΟΣ / P.O.Box 25306, 1308 Nicosia, CYPRUS

Τηλ. /Tel. +357 22669540, FAX No. +357 22662152

email: [cyprusdiabeticassociation@cytanet.com.cy](mailto:cyprusdiabeticassociation@cytanet.com.cy) Website: [www.diabetes.org.cy](http://www.diabetes.org.cy)



ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

ΤΗΛ. 22669540

ΦΑΞ: 22662152

ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ  
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΛΕΜΕΣΟΥ

ΤΗΛ. 25338889

ΦΑΞ: 25339909

ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
ΛΑΡΝΑΚΑΣ

ΤΗΛ. 24621974

ΦΑΞ: 24628885

ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ

ΤΗΛ. 22669540

ΦΑΞ: 22662152

ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ  
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΑΦΟΥ

ΤΗΛ. 26911828

ΦΑΞ: 26911838

ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ

ΤΗΛ. 23743799

ΦΑΞ: 23820074

Αγαπητά Μέλη,

Σύμφωνα με το καταστατικό του Συνδέσμου μας, άρθρον 5, ένας εκ των δύο γονέων ανήλικου τέκνου (κάτω των 18 ετών) έχει δικαίωμα ψήφου στις εκλογές.

## ΔΗΛΩΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ο/Η υπογραφόμενος/η ..... με Α.Δ.Τ. ....

γονέας / κηδεμόνας του/της όνομα παιδιού.....

με Α.Δ.Τ. .... δηλώνω υπεύθυνα ότι θα αντιπροσωπεύσω το ανήλικο

τέκνο μου σε εκλογές του Παγκύπριου Διαβητικού Συνδέσμου.

Ημερομηνία .....

Όνομα και υπογραφή μητέρας .....

Όνομα και υπογραφή πατέρα .....

Όταν συμπληρωθεί, παρακαλούμε όπως σταλεί στον Παγκύπριο Διαβητικό Σύνδεσμο είτε μέσω e-mail ([cyprusdiabeticassociation@cytanet.com.cy](mailto:cyprusdiabeticassociation@cytanet.com.cy)), είτε μέσω φαξ (22662152) είτε να παραδοθεί σε οποιοδήποτε Επαρχιακό Γραφείο του Συνδέσμου.

Για οποιεσδήποτε πληροφορίες παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με το Κεντρικό Γραφείο του Συνδέσμου στο τηλέφωνο 22669540.

Με εκτίμηση,

Παγκύπριος Διαβητικός Σύνδεσμος