

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Ν.Π.Δ.Δ.
ΜΥΛΛΕΡΟΥ 1- ΑΓΗΣΙΛΑΟΥ
ΤΗΛ. 2105220955

ΠΡΟΣ

ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝ.ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΤΟΜΕΑ

ΑΙΤΗΣΗ

ΚΟΙΝ/ΣΗ ΣΤΟΝ Φ.Σ.Α.

Τ..... Φαρμακοποιού

Παρακαλώ να με απαλλά-
ξετε από τις εφημερίες και
διανυκτερεύσεις του
φαρμακείου μου
στον Δήμο

Δ/νση φαρ/κείου

.....
και στην οδό

Τηλ. Φαρ/κείου

.....
λόγω σοβαρού οικονομι-
κού προβλήματος που
αντιμετωπίζω, με αποτέ-
λεσμα αδυναμία πληρω-
μής φαρμακαποθηκών,
στις εφημερίες και δια-
νυκτερεύσεις του
φαρμακείου μου,για το

ΘΕΜΑ: ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ – ΔΙΑΝ/ΡΕΥΣΕΙΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

χρονικό διάστημα έξι
(6) μηνών και συγκεκριμένα
από την μέχρι την
.....

Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ

.....
ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ

ΚΙΝΗΤΟ

Σας ευχαριστώ εκ των
προτέρων

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο , Η

Αιτ.....

(υπογραφή και σφραγίδα)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.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)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Φ.Σ.Α.						
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεμοιούτυπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

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:

Μετά το πέρας της απαλλαγής από εφημερίες - διανυκτερεύσεις που έχω ζητήσει και έχω λάβει από την αρμόδια Περιφέρεια που ανήκει το φαρμακείο μου, θα ζητήσω με αίτησή μου στο Φ.Σ.Α να ξαναμπώ σε εφημερίες και διανυκτερεύσεις φαρμακείου ή θα ζητήσω με νέα αίτησή μου στο Φ.Σ.Α παράταση της απαλλαγής από εφημερίες και διανυκτερεύσεις φαρμακείου. Διαφορετικά θα φέρω την αποκλειστική ευθύνη των όποιων συνεπειών προκύψουν σχετικά με τα ανωτέρω

(4)

Ημερομηνία: / /

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Η παρούσα γραμμή αποτελεί μέρος του ηλεκτρονικού συστήματος ελέγχου της γνησιότητας του δημοσίου τομέα που λειτουργεί στη διεύθυνση <http://www.ypoxifis.gov.gr>

Εάν ο υποψήφιος υπογράψει με τη βοήθεια ψηφιακής υπογραφή ή ψηφιακή ή απασφράγιση, τα στοιχεία με τα οποία είναι υποχρεωμένος να υποβάλει την αίτησή του, θα είναι διαθέσιμα σε όλους τους αρμόδιους φορείς για τον έλεγχο της γνησιότητας των στοιχείων που υποβάλλονται. Η παρούσα γραμμή αποτελεί μέρος του ηλεκτρονικού συστήματος ελέγχου της γνησιότητας του δημοσίου τομέα που λειτουργεί στη διεύθυνση <http://www.ypoxifis.gov.gr>