

# ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΗ ΑΔΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΜΥΛΛΕΡΟΥ 1- ΑΓΗΣΙΛΑΟΥ  
ΤΗΛ.5223914-5221163

ΚΩΔΙΚΟΣ .....

ΠΡΟΣ

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

## ΑΙΤΗΣΗ

Φαρμακοποιού .....

Δ/ση φαρ/κείου .....

Τηλ. Φαρ/κείου .....

Ημερομηνία .....

**ΘΕΜΑ: Προσωρινό κλείσιμο  
φαρμακείου μέχρι 1 μήνα.**  
(Άρθρο 11 Ν.4512/2018)

Ο, Η υπογρ..... φαρμακοποιός

.....  
.....

που διατηρώ φαρμακείο  
στον Δήμο .....

και στην οδό .....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια  
προσκαιρού κλεισίματος του φαρμακείου  
λόγω διακοπών [redacted] [redacted]  
για το χρονικό  
διάστημα από ..... μέχρι και  
.....

1. ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΤΗΣ μου στις  
εφημερίες-διανυκτερεύσεις του  
φαρμακείου μου για το παραπάνω  
διάστημα θα είναι ο, η  
..... του  
οποίου υπεύθυνη δήλωση του  
άρθρου 8 του Ν.1599/86 σας  
υποβάλω.
2. ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ, ότι, κατά το  
παραπάνω χρονικό διάστημα ΔΕΝ  
ΕΧΩ εφημερία ή διακυκτέυρεση.

Ο, Η αιτ.....

( υπογραφή και σφραγίδα )