

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

Ν.Π.Δ.Δ.

Μυλλέρου 1 & Αγησιλάου - 104 36 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ. 210 5220954 – 955

ΦΑΞ: 210 5220639

Email: registerfsa@gmail.com

ΚΩΔΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ.....

ΠΡΟΣ

ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΤΟΜΕΑ.....

ΘΕΜΑ: ΠΡΟΣΚΑΙΡΟ ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ (μέχρι και 6 μήνες)

ΑΙΤΗΣΗ του / της

Ο/Η υπογεγραμμέν.....φαρμακοποιός

Φαρμακοποιού:

.....

.....

Που διατηρώ φαρμακείο στο Δήμο.....

Διεύθυνση Φαρμακείου:

.....

Και στην οδό.....

.....

Τηλ. Επικοινωνίας:

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε άδεια πρόσκαιρου κλεισίματος του φαρμακείου μου για το χρονικό διάστημα από

μέχρι και..... για λόγους.....

Ημερομηνία:.....

1. Αντικαταστάτης μου στις εφημερίες / διανυκτερεύσεις για το ανωτέρω διάστημα θα είναι ο/η.....

.....

του οποίου υπεύθυνη δήλωση επισυνάπτω.

1. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά το ανωτέρω διάστημα ΔΕΝ ΕΧΩ εφημερία ή διανυκτέρευση.

Ο / Η ΑΙΤ.....

(Υπογραφή και σφραγίδα)