

ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΟΥ ΩΡΑΡΙΟΥ

(αρθ. 9 παρ. 3 Ν. 1963/1991)

Του/της _____, του _____, που διατηρώ
φαρμακείο στ _____ και επί της οδού _____ αριθμ. _____.

(ΠΡΟΣΟΧΗ εάν πρόκειται για εταιρία φαρμακείου/συστεγασμένων φαρμακείων συμπληρώνονται
τα στοιχεία αυτής, καθώς και του/των νομίμου/ων εκπροσώπου/ων της.)

ΠΡΟΣ

1. Τον **"ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΤΤΙΚΗΣ"**, που εδρεύει στην Αθήνα και επί της οδού
Μυλλέρου αρ.1 και Αγησιλάου
2. Την **Περιφερειάρχη Αττικής**, όπως εκπροσωπείται νόμιμα από τον Αντιπεριφερειάρχη της
Περιφερειακής Ενότητας _____ (Διεύθυνση Δημ. Υγείας και Κοιν. Μέριμνας).

Αξιότιμοι Κύριοι,

Σύμφωνα με το άρθ. 9 παρ. 3 του ν. 1963/1991, όπως ισχύει μετά την τροποποίηση του ν. 257
του ν. 4512/2018, **σας δηλώνω με την παρούσα**, ότι επιλέγω διευρυμένο ωράριο λειτουργίας
του φαρμακείου μου καθ' υπέρβαση των χρονικών ορίων που έχουν οριστεί σύμφωνα με το άρθ.
9 παρ. 1 του ν. 1963/1991 για το δήμενο _____ - _____ του έτους 2018 για τις
κάτωθι ημέρες και ώρες:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(αναφέρονται οι ημέρες και ώρες που επιθυμείτε να δηλώσετε: π.χ. Δευτέρα : 08:00 έως 21:00
κ.ο.κ.)

Αθήνα/...../.....

Ο/Η Δηλ. _____

(σφραγίδα φαρμακείου και υπογραφή αδειούχου φαρμακοποιού/νομίμ.εκπροσώπου/ων)