

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΤΟΥ, ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ**

**ΠΡΟΣ ΤΟΝ Φ.Σ.Α.**

.....

**Δ/ΝΣΗ** .....

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ**

.....

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ** .....

**ΤΜΗΜΑ ΦΑΡ/ΚΩΝ – ΦΑΡ/ΚΕΙΩΝ  
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΘΕΜΑ : ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ – ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΕΙΣ  
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΓΙΑ ΣΟΒΑΡΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο , Η αιτ... ..  
φαρμακοποιός – μέλος του Φ.Σ.Α., με την παρούσα αίτησή μου ,  
παρακαλώ να με απαλλάξετε από τις εφημερίες και διανυκτερεύσεις του  
φαρμακείου μου, που διατηρώ σε νόμιμη λειτουργία στον Δήμο  
....., Δημοτική Ενότητα  
..... και στην οδό.....  
....., για χρονικό διάστημα  
..... και συγκεκριμένα από την.....  
....., μέχρι και την ..... , λόγω σοβαρού  
προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζω.

Σας επισυνάπτω ιατρική βεβαίωση – γνωμάτευση – σημείωμα του  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ....., με  
ημερομηνία ..... καθώς και λοιπά δικαιολογητικά έγγραφα που  
αφορούν στην πάθησή μου και παρακαλώ για δικές σας ενέργειες.

Ο , Η αιτ.....

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ**

