

ΚΩΔΙΚΟΣ Φ.Σ.Α.

ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΟΥ ΩΡΑΡΙΟΥ

(αρθ. 9 παρ. 3 Ν. 1963/1991)

Τ _____, 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), που εδρεύει στ _____, οδός _____ αρ. _____

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 και την τροποποίηση του άρθ.26 του ν.4613/2019, 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 δίμηνο _____ - _____ του έτους 2019

για τις κάτωθι ημέρες και ώρες:

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

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

_____ (τόπος), _____ (ημερομηνία)

Με εκτίμηση.

Ο/Η Δηλ _____

Νόμιμος εκπρόσωπος

Σφραγίδα φαρμακείου

Υπεύθυνος φαρμακοποιός

(Όνομα ολογράφως και υπογραφή Νόμιμου εκπρόσωπου/ων και Υπεύθυνου/ων Φαρμακοποιού ορισμένου από την Περιφέρεια αντίστοιχα και σφραγίδα φαρμακείου.)