

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.**

Ο, Η υπογρ..... φαρμακοποιός

που διατηρώ φαρμακείο
στον Δήμο

και στην οδό

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια
προσκαίρου κλεισίματος του φαρμακείου
λόγω διακοπών
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)