

ΔΗΛΩΣΗ

Του Φαρμακοποιού

.....

με ιδιωτικό φαρμακείο που ανήκει στον Φ.Σ.Α.

διεύθυνση :

περιοχή : τ.κ.

τηλ.

& κωδικό ΦΣΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΗΛΩΣΗΣ :

Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκτελώ συνταγές του ταμείου ΑΤΠΣΥΤΕ (Τράπεζα Ελλάδος) τηρώντας όλα όσα αναφέρει η ισχύουσα Συλλογική Σύμβαση της οποίας έχω λάβει γνώση.

Ο Δηλών

(υπογραφή & σφραγίδα φαρμακείου)