

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

Ν.Π.Δ.Δ.

Μυλλέρου 1 & Αγησιλάου - 104 36 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ. 210 5220954 – 955

ΦΑΞ: 210 5220639

Email: register@fsa.gr

ΚΩΔΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ.....

ΠΡΟΣ
**ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΤΟΜΕΑ.....**

**ΘΕΜΑ: ΠΡΟΣΚΑΙΡΟ ΚΛΕΙΣΙΜΟ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ (μέχρι και 6 μήνες)**

ΑΙΤΗΣΗ του / της

Φαρμακοποιού:

Διεύθυνση Φαρμακείου:

Τηλ. Επικοινωνίας:

Ημερομηνία:.....

Ο/Η υπογεγραμμέν.....φαρμακοποιός

Που διατηρώ φαρμακείο στο Δήμο.....

και στην οδό.....

παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε άδεια
πρόσκαιρου κλεισίματος του φαρμακείου μου για
το χρονικό διάστημα από
μέχρι και..... για
λόγους.....

1. Αντικαταστάτης μου στις εφημερίες /
διανυκτερεύσεις για το ανωτέρω διάστημα θα
είναι ο/η.....

του οποίου υπεύθυνη δήλωση επισυνάπτω.

2. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά το ανωτέρω
διάστημα ΔΕΝ ΕΧΩ εφημερία ή διανυκτέρευση.

Ο / Η ΑΙΤ.....
(Υπογραφή και σφραγίδα)