

**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.....

** Σε περίπτωση που έχω εφημερίες, αυτές θα
τακτοποιηθούν μέσα από τη πλατφόρμα του
Φ.Σ.Α. με ευθύνη του Συλλόγου, αφού εκδοθεί η
απόφαση.*

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