

Αίτηση

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Όνομα μητρός:

Κάτοικος (Πόλη/χωριό):

Οδός/αρ.:

Ταχ. Κώδικας:

Έτος γέννησης:

Αρ. Αστυν. Ταυτότητας:

Τηλ. Σταθερό:

Τηλ. Κινητό:

Προς:
ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΒΡΟΥ

Σας καταθέτω τα απαιτούμενα

δικαιολογητικά και σας παρακαλώ

να μου χορηγήσετε άδεια

λειτουργίας Φαρμακείου με έδρα

στ.....,

Νομού

επί της οδού.....

.....

..... / / 201...

(τόπος, ημερομηνία)

Ο/Η αιτ.....

.....

(υπογραφή)