

ΑΙΤΗΣΗ

ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ:

.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Α.Δ.Τ.:

Δ/ΝΣΗ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

e-mail:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

ΠΡΟΣ:

Περιφέρεια Αν. Μακεδονίας – Θράκης –
Διεύθυνση Δημ. Υγείας & Κοιν. Μέριμνας
Ν. Έβρου

Παρακαλώ, όπως μου εγκρίνετε την διακοπή
λειτουργίας του φαρμακείου μου για την περίοδο
από
έως

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

(ονοματεπώνυμο και υπογραφή)

Για το φαρμακείο

(σφραγίδα φαρμακείου)