

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗ

Ακριβής τίτλος

εταιρίας:

ΑΦΜ:

Επώνυμο:

Δ.Ο.Υ.:

Όνομα:

Τηλέφωνο:

Διεύθυνση:

Email:

Έδρα φαρμακείου:

A.M. ΤΣΑΥ:

Τράπεζα – Υποκατάστημα: Πειραιώς

Δι.ΛΟ.Φ. Έβρου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ																											
IBAN	G	R	6	2	0	1	7	2	3	5	0	0	0	0	5	3	5	0	0	5	6	2	9	2	0	8	9

Προς:

12^ο Κεντρικό Ταμείο Στρατού (Αλεξανδρούπολη)

	ΙΔΙΩΝ	ΜΕΛΩΝ
Αιτούμενο ποσό€€
Αριθμός συνταγών

Σας δηλώνω ότι όλες οι εντολές υγειονομικής περίθαλψης είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και έχουν εκτελεσθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν3457/2006 και του ΠΔ 121/2008, όπως αυτές εκάστοτε ισχύουν.

Επίσης δηλώνω ότι η απαίτηση μου έχει εξοφληθεί μέσω του Διανεμητικού λογαριασμού στον λογαριασμό μου που διατηρώ στην τράπεζα Πειραιώς.

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ:

α) 3 συγκεντρωτικές καταστάσεις

β) Τιμολόγιο: Αριθμός Τιμολογίου:

Ημερομηνία Έκδοσης:

γ) Φορολογική ενημερότητα (για ποσό άνω των 1467€)

Ο/Η υπεύθυνος φαρμακοποιός

....., / / 201...

(Σφραγίδα – Υπογραφή)