

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

**ΠΡΟΣ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΜΑΘΙΑΣ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΑΔΕΙΟΥΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**ΟΝΟΜΑ:**.....

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:**.....

**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:**.....

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** .....

**ΕΚΔΙΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:**.....

**ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**.....**ΟΔΟΣ:** .....

**ΑΡΙΘΜΟΣ:**.....

**Τ. Κ.:** .....

**ΤΗΛ:** .....

**EMAIL:**.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην :

Τοπική Κοινότητα.....

της Δημοτικής Ενότητας.....του Δήμου.....

**Σας υποβάλλω τα εξής δικαιολογητικά:**

1).....

2).....

4).....

3).....

5).....

Βέροια...../2024

Ο/Η ΑΙΤ.....

(υπογραφή)