

**ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

**ΠΡΟΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ**

Επώνυμο:.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου

Όνομα:.....

στη Δημοτική Ενότητα.....

του Δήμου.....

Όνομα Πατέρα:.....

Όνομα Μητέρας:.....

Αρ. Αστυν. Ταυτότητας:.....

Συνημμένα σας καταθέτω:

Ημ.έκδοσης:

1.....

Εκδ.αρχή:

2.....

Α.Φ.Μ.....

3.....

Στοιχεία επικοινωνίας:

4.....

Σταθερό Τηλ.:

5.....

Κινητό Τηλ.:.....

E-mail:

Τόπος κατοικίας

Ο/Η αιτών/ούσα

Πόλη:.....

Οδός- Αριθμός:.....

(υπογραφή)

Ταχ. Κώδικας:.....

Θέμα: Χορήγηση άδεια ίδρυσης φαρμακείου

Θεσσαλονίκη,...../...../20.....