

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ:.....
.....

Σας υποβάλλω συνημμένα κατάσταση
Φαρμάκων εις τριπλούν με τα σχετικά
δικαιολογητικά, ασφαλισμένων του
ΥΠΕΘ.Α. Παρακαλώ για τον έλεγχο και
καταβολή της δικαιούμενης αμοιβής μου .

Του/της
(Όνομα).....

(Επώνυμο).....

(Διεύθυνση).....

(Πόλη).....(Τ.Κ.).....

Α.Φ.Μ.....

Αντίγραφο η αριθμό της Σύμβασης.....

Τηλέφωνα Οικείας:.....

Φαρμακείου.....

Κινητό:.....

Αριθμός Λογαριασμού Τράπεζας:.....

IBAN..... (ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ-ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ 1^{ης} ΣΕΛΙΔΑΣ ΤΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ)

Αλλαγή διεύθυνσης Φαρμακείου στον ίδιο Φαρμακευτικό Σύλλογο.

Αλλαγή διεύθυνσης Φαρμακείου σε έτερο Φαρμακευτικό Σύλλογο

Αλλαγή τηλεφώνου, φαξ, κινητού τηλεφώνου

Άλλη αλλαγή.

Παρατηρήσεις 1: (Σημειώνετε με «ν») και καταγράφετε τα νέα στοιχεία στην πίσω πλευρά της αίτησης

2 Στην πρώτη περίπτωση, απαιτείται αποστολή Φ/Α χορήγησης από την οικεία Νομαρχία,
της άδειας λειτουργίας του Φαρμακείου και στη δεύτερη, εκτός της ποιότητας άδειας και βεβαίωση
εγγραφής στον Φαρμακευτικό Σύλλογο.

3 Για ποσά άνω των 1.500€ απαιτείται φορολογική ενημερότητα.

4 Για ποσά άνω των 3.000 € απαιτείται και ασφαλιστική ενημερότητα.

Ο/Η
ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ