

ΑΙΤΗΣΗ

**ΠΡΟΣ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ
ΝΟΜΟΥ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ**

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΜΟΥ ΩΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ.

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΟΠΩΣ ΚΑΝΕΤΕ ΔΕΚΤΗ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΜΟΥ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ			
ΟΝΟΜΑ:	Συνοδευτικά σας υποβάλλω τα κάτωθι δικαιολογητικά:			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	Α/Α	ΚΑΤΑΒΛΗΘΕΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ	ΚΑΤ/ΚΕ	ΖΗΤΕΙΤΑΙ ΑΥΤ/ΤΑ
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:	1	ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ		
	2	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ		
ΟΔΟΣ:	3	ΦΩΤ/ΦΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ		
	4	Ε2		
ΑΡΙΘΜΟΣ:	5	Ε9		
	6	Ε1		
Τ.Κ.:	7	ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ		
	8	ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ		
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	9	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
	10	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΜΟΥ		
ΑΔΤ:	11	ΑΜΚΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ		
	12	ΕΝΟΡΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	13	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ		
	14	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΜΗ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΑΣΦΑΛ. ΦΟΡΕΑ		
ΑΦΜ:	15	ΔΙΑΖΥΓΙΟ		
	16	ΚΑΡΤΑ ΟΑΕΔ		
	17	ΛΟΙΠΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:		
	18			
	19			
	20			

ΚΟΡΙΝΘΟΣ / / 201....

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....