



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΙΣΑΣ
Ν.Π.Δ.Δ
ΜΕΛΕΤΙΟΥ 3-5
ΤΗΛ. 2410-621961

ΠΡΟΣ

**ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

ΘΕΜΑ: ΠΡΟΣΚΑΙΡΟ ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ του / της

Φαρμακοποιού:

.....

Διεύθυνση Φαρμακείου:

.....

.....

Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Ημερομηνία:.....

Ο/Η υπογεγραμμέν..... φαρμακοποιός

.....

Που διατηρώ φαρμακείο στο Δήμο.....

.....

Και στην διεύθυνση

.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια πρόσκαιρου
κλεισίματος για το φαρμακείο μου για το χρονικό
διάστημα από μέχρι

Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά το ανωτέρω διάστημα
ΔΕΝ ΕΧΩ εφημερία ή διανυκτέρευση, ούτε έχω
δηλώσει διευρυμένο ωράριο του φαρμακείου μου.

Ο / Η ΑΙΤ.....

(Υπογραφή και σφραγίδα)