



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΙΣΑΣ
Ν.Π.Δ.Δ
ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ 25
ΤΗΛ. 2410-621961

ΠΡΟΣ

**ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ**

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.

Ο / Η ΑΙΤ.....

(Υπογραφή και σφραγίδα)