

ΔΗΛΩΣΗ

ΠΡΟΣ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

Επώνυμο

Όνομα

Όνομα Πατέρα

Όνομα Μητέρας

Επάγγελμα

Τόπος γέννησης

Έτος γέννησης

Τόπος κατοικίας

Τ.Κ

Αρ. Αστ. Ταυτότητας

Ημερ. Εκδ

.....

.....

Σας καταθέτω αίτηση- δήλωση για τη

συμμετοχή του φαρμακείου μου με την

επωνυμία

στο διευρυμένο ωράριο για το δίμηνο

.....2021

και συγκεκριμένα για τις παρακάτω ημέρες

και ώρες:

ΘΕΜΑ: ΑΙΤΗΣΗ- ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΣΤΟ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΟ
ΩΡΑΡΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΜΗΝΟ.....

.....ΚΑΙ.....2021

.....,/...../2021.

ΗΜΕΡΕΣ	ΔΙΜΗΝΟ	ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ		ΘΕΡΙΝΟ	
	2021	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΑΠΟ	ΕΩΣ
ΔΕΥΤΕΡΑ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ				
	ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗ				
ΤΡΙΤΗ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ				
	ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗ				
ΤΕΤΑΡΤΗ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ				
	ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗ				
ΠΕΜΠΤΗ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ				
	ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗ				
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ				
	ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗ				
ΣΑΒΒΑΤΟ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ				
	ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗ				

Ο/Η ΑΙΤ.....

ΠΡΟΣΟΧΗ

Βάσει του Ν. 4512/2018 άρθρο 257 θα πρέπει να προσκομίζετε ταυτόχρονα μία δεύτερη δήλωση διευρυμένου ωραρίου στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας Περιφέρειας Θεσσαλίας, ώστε να θεωρηθεί έγκυρη η δήλωση. Μπορείτε να το αποστέλλεται σε μορφή pdf στο email (a.lianou@thessaly.gov.gr).