

ΔΗΛΩΣΗ

ΠΡΟΣ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατέρα:

Όνομα Μητέρας:

Επάγγελμα:

Τόπος γέννησης:

Έτος γέννησης:

Τόπος κατοικίας:

.....

Αρ. Αστ. Ταυτότητας:

Ημερ. Εκδ.:

.....

Σας καταθέτω αίτηση - δήλωση για τη συμμετοχή

του φαρμακείου μου με την επωνυμία

....., στο διευρυμένο ωράριο για το

δίμηνο 2025

και συγκεκριμένα για τις παρακάτω ημέρες και ώρες

(Σημ.: Δηλώνω μόνο τη διεύρυνση του ωραρίου)

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

..... ΚΑΙ

..... 2025.

.....,/...../2025.

ΗΜΕΡΕΣ	ΔΙΜΗΝΟ	ΩΡΑΡΙΟ	
	2025	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 (y.dirva@thessaly.gov.gr)