

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ-ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η φαρμακοποιός.....
μέλος του Φαρμακευτικού Συλλόγου Λάρισας με Αριθμό Μητρώου.....
που διατηρώ φαρμακείο στο Δήμο.....
και στη διεύθυνση.....

Βεβαιώνω ότι

Ο/Ητου
με ΑΔΤ/Αρ. Διαβατηρίου.....

Εργάζεται στο φαρμακείο μου με σχέση μισθωτής εργασίας και είναι
απαραίτητο να μετακινείται από την οικία του/της στην οδό
.....προς το φαρμακείο για την
εργασία του/της σε αυτό, καθώς και να επιστρέφει στην οικία του/της μετά τη
λήξη του ωραρίου εργασίας.

Ο/Η φαρμακοποιός

Υπογραφή

Σφραγίδα φαρμακείου