ΑΙΤΗΣΗ- ΔΗΛΩΣΗ

**Του/Της Φαρμακοποιού**

**Επωνυμία:**

**Επώνυμο:**

**Όνομα:**

**Πατρώνυμο:**

**Α.Φ.Μ: ΔΟΥ:**

**Α.Μ. ΤΣΑΥ:**

**ΑΜΚΑ:**

**Κωδ. Συμβ. ΕΟΠΥΥ:**

**Διεύθυνση Φαρμακείου:**

**Τηλέφωνο:**

**Θέμα**: Υποβολή Δικαιολογητικών

 (Πληρωμή λογαριασμού)

**Συνημμένα**:

1. Συγκεντρωτική κατάσταση φαρμάκων και 2 αντίγραφα
2. Τιμολόγιο Φαρμάκων Ευρ. Ασφ&Ανασφ.(και 2 φωτοαντίγραφα τιμολογίου)
3. Φορολογική Ενημερότητα
4. Ασφαλιστική Ενημερότητα
5. Συνοδ. Σημείωμα Υποβολής (και 2 φωτοαντίγραφα)

**Προς:**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ ΕΟΠΥΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**

**--------------------------------------------------------------**

**Προς: ΕΘΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

**ΥΓΕΙΑΣ – Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Απ.Παύλου 12 Μαρούσι, Αθήνα 15123, ΑΦΜ:997478553 ΔΟΥ: Αμαρουσίου

 Σας υποβάλλω μέσω του ΔΙ.ΛΟ.Φ.ΜΑ. συνημμένα φάκελο με συνταγές ασφαλισμένων του **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** που εκτελέστηκαν στο φαρμακείο μου για τον **μήνα:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Αξία** | **Συντ.** | **Αρ.Τιμ.** |
| **Φάρμακα (Ασφ+Ανασφ)** | € |  |  |
| **Ευρωπ. Ασφ/νοι** | € |  |  |

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την εξόφληση των παραπάνω τιμολογίων.

Συγχρόνως δηλώνω **ότι όλες** οι συνταγές και γνωματεύσεις Σ/Δ είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3457/2006 και του Π.Δ. 121/2008 όπως αυτές εκάστοτε ισχύουν. Οι αναγραφόμενες τιμές των φαρμάκων είναι σύμφωνα με αυτές της κρατικής διατίμησης.

/ /201

**Ο Αιτών/ Η Αιτούσα**

**Υπογραφή**

**Σφραγίδα**