

**Βόλος:**

**Αριθμ. Πρωτ:**

**Προς:** Φαρμακευτικό Σύλλογο Μαγνησίας

Ν.Π.Δ.Δ. Νόμος 3601

Ξενοφώντος 13-Ορφανοτροφείου

Τηλ/Φαξ 24210-20270

Αίτηση

Του φαρμακείου:

(σφραγίδα)

**ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ**

**ΕΝΤΑΞΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΣΤΟ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΟ ΩΡΑΡΙΟ**

**ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΗΝΕΣ:.....................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΗΜΕΡΕΣ** | | **ΑΠO** | **ΕΩΣ** |
| **ΔΕΥΤΕΡΑ** | ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ |  |  |
| **ΤΡΙΤΗ** | ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ |  |  |
| **ΤΕΤΑΡΤΗ** | ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ |  |  |
| **ΠΕΜΠΤΗ** | ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ |  |  |
| **ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ** | ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ |  |  |
| **ΣΑΒΒΑΤΟ** | ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ |  |  |

**(Υπογραφή & σφραγίδα)**