

 **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)**