

ΑΙΤΗΣΗ- ΔΗΛΩΣΗ

Του/Της Φαρμακοποιού

Προς:

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ ΕΟΠΥΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

Επωνυμία:

Προς: ΕΘΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΑΡΟΧΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Επώνυμο:

ΥΓΕΙΑΣ – Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Όνομα:

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

Πατρώνυμο:

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:

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., Εμβόλια ΕΠΕ, ΕΛΛΣ-ΑΚΤ, Ραντεβού Εμβολιασμών, Ηπαρίνων & Self Test(και 2 φωτοαντίγραφα τιμολογίου)
3. Φορολογική Ενημερότητα
4. Ασφαλιστική Ενημερότητα
5. Συνοδ. Σημείωμα Υποβολής (και 2 φωτοαντίγραφα)

	Αξία	Συντ	Αρ. Τιμ.
Φάρμακα (Ασφ+Ανασφ)	€		
Εμβόλια ΕΠΕ			
Ευρωπ. Ασφ/νοι			
Φάρμακα Ασφ/νων ΕΛ.Λ.Σ.- ΕΛ.ΑΚΤ.	€		
ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ			
ΗΠΑΡΙΝΕΣ			
SELF TESTS COVID- 19			

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.

/ /202

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

Υπογραφή / Σφραγίδα