

Προς
Περιφέρεια Θεσσαλίας
Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας
Περιφερειακών Ενοτήτων Μαγνησίας και Σποράδων
Τμήμα Φαρμάκων και Φαρμακείων – Επαγγελματών Υγείας

ΑΙΤΗΣΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΟΔΟΣ ΑΡΙΘ.

ΤΟΠΟΣ Τ.Κ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ-.....-202..

ΘΕΜΑ: Αίτηση-δήλωση ένταξης φαρμακείου στο διευρυμένο ωράριο για το δίμηνο και
και.....2024[άρθρο 9 του ν. 1963/1991(Α' 138)].

Σας καταθέτω αίτηση-δήλωση για τη συμμετοχή του φαρμακείου μου με την επωνυμία
στο διευρυμένο ωράριο για το δίμηνο και2024 και συγκεκριμένα για τις
κάτωθι ημέρες και ώρες.

ΗΜΕΡΕΣ		ΩΡΑΡΙΟ	
		ΑΠΟ	ΕΩΣ
ΔΕΥΤΕΡΑ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ		
ΤΡΙΤΗ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ		
ΤΕΤΑΡΤΗ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ		
ΠΕΜΠΤΗ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ		
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ		
ΣΑΒΒΑΤΟ	ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗ		

(Υπογραφή & Σφραγίδα)