

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 δίμηνοκαι
και.....2025 [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 δίμηνοκαι 2025 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)