

ΑΙΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

B

**ΠΡΟΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ ΕΟΠΥΥ**

ΥΠΑΔ-ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ 023

(για τα φαρμακεία των Δήμων
Αμπελοκήπων-Μενεμένης, Βόλβης, Δέλτα,
Ευόσμου-Κορδελιού, Καλαμαριάς, Λαγκαδά,
Νεάπολης-Συκεών, Παύλου Μελά,
Χαλκηδόνος και Ωραιοκάστρου)

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ:

Έγκριση χρηματικής δαπάνης για

χορηγηθέντα φάρμακα σε

Δ/ΝΣΗ:

ασφαλισμένου του ΕΟΠΥΥ για τον

ΔΗΜΟΣ:

μήνα.....

Τ.Κ.

Α.Φ.Μ:

ΔΟΥ:

ΑΜ.ΤΣΑΥ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΚΙΝΗΤΟ:

ΑΡΙΘΜ. ΤΙΜ/ΓΙΟΥ:

ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ:

Σφραγίδα- Υπογραφή

ΔΗΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

Όλες οι συνταγές είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και έχουν εκτελεστεί σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3457/2006 και του Π.Δ.121/2008, όπως αυτές εκάστοτε ισχύουν.

Ο/Η Δηλών/ούσα

Σφραγίδα - Υπογραφή