

Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

Δ/ΝΣΗ.....

.....

Ημερομηνία.....

.

Π Ρ Ο Σ: Φαρμακευτικό Σύλλογο Αχαΐας

Παρακαλώ, όπως μου χορηγήσετε πιστοποιητικό, στο οποίο θα βεβαιώνεται:
α) ο αριθμός μητρώου μου β) ότι έχει κατατεθεί το πτυχίο μου και τα στοιχεία αυτού, γ) η ημερομηνία εγγραφής και διαγραφής μου, δ) η ημερομηνία διακοπής του επαγγέλματός μου ε) ότι η άσκηση του επαγγέλματός μου υπήρξε συνεχής από την εγγραφή μέχρι την διαγραφή.

Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ

Σημείωση: 1. Αν ο/η φαρμακοποιός, είχε διατελέσει μέλος περισσότερων Συλλόγων πρέπει να υποβάλλει πιστοποιητικά από όλους, εκτός αν ο τελευταίος Σύλλογος αναφέρει τη χρονολογία της υπαγωγής του στους άλλους Συλλόγους.

2. Η ημερομηνία διακοπής του επαγγέλματος, πρέπει να συμπίπτει με την ημερομηνία διαγραφής από τον Σύλλογο.