



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας  
www.eopyy.gov.gr

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ  
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ			
ΚΩΔΙΚΟΣ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ		

<b>ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ</b>
---

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ (ΣΦΡΑΓΙΔΑ)										ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ			
										ΝΟΜΟΣ:			
										ΠΟΛΗ:			
										ΟΔΟΣ:			
										ΑΡΙΘΜΟΣ:		Τ.Κ.:	
										ΤΗΛ:			
ΑΦΜ										FAX:			
ΔΟΥ										E-MAIL:			

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ Ή ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ Ή ΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ:			..... / ..... / .....		
ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΟ Φ.Π.Α.			ΝΑΙ	ΟΧΙ	

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ										
Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΤΣΑΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ ΣΤΟ ΤΣΑΥ	ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ 5/ΕΤΙΑ ΣΤΟ ΤΣΑΥ	ΠΑΛΑΙΟΣ ή ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ	ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ			
							ΣΥΝΤΑΞΗ	ΠΕΡΙ - ΘΑΛΨΗ	ΠΡΟ - ΝΟΙΑ	ΣΤΕ ΓΗ
1.					ΝΑΙ ΟΧΙ	ΠΑΛΑΙΟΣ ΝΕΟΣ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ
2.					ΝΑΙ ΟΧΙ	ΠΑΛΑΙΟΣ ΝΕΟΣ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ
3.					ΝΑΙ ΟΧΙ	ΠΑΛΑΙΟΣ ΝΕΟΣ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ															
IBAN															

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ..... δηλώνω ότι αποδέχομαι το αιτούμενο ποσό για τις συνταγές που έχω υποβάλει στο ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, όπως επίσης και η εκκαθάριση του λογαριασμού μου να κατατίθενται στον ανωτέρω Τραπεζικό λογαριασμό του Φαρμακείου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ..... / ..... / .....

Ο ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

Σφραγίδα / Υπογραφή

Σφραγίδα / Υπογραφή