**Α Ι Τ Η Σ Η**

# ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ/ΜΙΑ:……………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

ΟΝΟΜΑ:…………….………………………………………………….

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:………….………………………………………

Δ/ΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ:..…………..………………………………

………………………………………………………………………………

Τ.Κ.: ……………………..….

ΑΡ.ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:……….…………………………………………

**ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ:**

1. 3 συγκεντρωτικές καταστάσεις
2. Τιμολόγιο:
   1. Αριθμός Τιμολογίου: ……………….…….
   2. Ημερομηνία Έκδοσης: …………….……..
3. Φορολογική ενημερότητα (για ποσό άνω των 1467€)

**ΠΡΟΣ:**

Πολεμική Αεροπορία

251 ΓΝΑ Υπηρεσία Υγειονομικού Ελέγχου  
Κανελλοπούλου 3, Αθήνα, Τ.Κ. 11525

**ΘΕΜΑ:** Υποβολή Δικαιολογητικών

Σας υποβάλλω συνημμένα, φάκελο με συγκεντρωτική κατάσταση, αναλυτικές καταστάσεις καθώς και εντολές περίθαλψης ασφαλισμένων του ΥΕΘΑ/ΓΕΑ, που εκτελέστηκαν στο φαρμακείο μου για το χρονικό διάστημα :

Μήνας/ες:………………………………………………………

Έτος/η: ……………………………………………………………

Αριθμός Συνταγών:………………………..…………………

Αιτούμενο Ποσό:……………………… ……….………….€

Αρ. Συνταγών Φ.Υ.Κ:……….…..…… ……………………€

Αιτούμενο Ποσό Φ.Υ.Κ:……….…………… ……………€

Συγχρόνως, δηλώνω ότι όλες οι εντολές υγειονομικής περίθαλψης, είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και έχουν εκτελεστεί σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Παρακαλώ, για τις δικές σας ενέργειες, για την εξόφληση του λογαριασμού.

……../……../202…

Ο (Η) ΑΙΤ…….-ΔΗΛ…….

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ)