

ΑΙΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....

.....

Δ/ΝΣΗ:.....

ΠΟΛΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΚΙΝΗΤΟ:.....

Α.Φ.Μ.:.....

Δ.Ο.Υ.:.....

Α.Μ. ΤΣΑΥ:.....

ΑΡΙΘ. ΤΙΜ/ΓΙΟΥ:.....

ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ:.....

Αιτούμαι, την έγκριση χρηματικής δαπάνης ύψους:

.....,.....€ για χορηγηθέντα **φάρμακα σε ασφαλισμένους/ανασφάλιστους/Πρόνοια,**

.....,.....€ για χορηγηθέντα **φάρμακα σε Πολίτες Ευρωπαϊκής Ένωσης**

.....,.....€ για χορηγηθέντα **εμβόλια**

.....,.....€ για χορηγηθέντα **φάρμακα σε ασφαλισμένους Λ.Σ./ΕΛ.ΑΚΤ.**

για τον μήνα.....

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΡΟΣ ΕΓΚΡΙΣΗ ΠΟΣΟ

.....,.....€

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1. ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΣΚΠ
2. ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΩΝ
3. ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΟΤΗΤΑ
4. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΟΤΗΤΑ

**ΑΡΙΘ. ΛΟΓΑΡ. ΔΙ.ΛΟ.ΦΑΡ. ΑΧΑΪΑΣ
ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

5505072433907

IBAN: GR410 172 5050 0055 0507 2433 907

...../...../202....

Ο/Η Αιτών/ούσα

(ΣΦΡΑΓΙΔΑ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

ΠΡΟΣ:

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΑΧΑΪΑΣ

Υψηλάντου 270 & Παπαφλέσσα

261 10 ΠΑΤΡΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

Δηλώνω, ότι όλες οι συνταγές, είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3457/2006 και του Π.Δ. 121/2008, όπως εκάστοτε ισχύουν.

Ο/Η Δηλών/ούσα

(ΣΦΡΑΓΙΔΑ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ)