

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ: ΔΥΒ/ΔΥΓ/ΕΔΥΠ**

Σας υποβάλλω συνημμένα κατάσταση Φαρμάκων εις τριπλούν με τα σχετικά δικαιολογητικά, ασφαλισμένων του ΥΠΕΘΑ. Παρακαλώ για τον έλεγχο και την καταβολή της δικαιούμενης αμοιβής μου.

**ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ:  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ:**

Του/της  
(Όνομα).....

(Επώνυμο).....

(Διεύθυνση).....

(Πόλη).....(Τ.Κ.).....

**Α.Φ.Μ.....ΔΟΥ:.....**

Τηλέφωνα: Φαρμακείου:.....

Κινητό:.....

**Email:.....**

- Αλλαγή διεύθυνσης Φαρμακείου στον ίδιο Φαρμακευτικό Σύλλογο.
- Αλλαγή διεύθυνσης Φαρμακείου σε έτερο Φαρμακευτικό Σύλλογο.
- Αλλαγή τηλεφώνου, φαξ, κινητού τηλεφώνου.
- Άλλη αλλαγή.

Παρατηρήσεις

1:(Σημειώνετε με «√») και καταγράφετε τα νέα στοιχεία στην πίσω πλευρά της αίτησης

2:Στην πρώτη περίπτωση, απαιτείται αποστολή Φ/Α χορήγησης από την οικεία

Νομαρχία, της άδειας λειτουργίας του Φαρμακείου και στη δεύτερη, εκτός της πρώτης άδειας και βεβαίωση εγγραφής στον Φαρμακευτικό Σύλλογο.

3:Για ποσά άνω των 1.500€ απαιτείται φορολογική ενημερότητα (Από φορείς Κεντρικής

Διοίκησης)

4:Για ποσά άνω των 3.000€ απαιτείται και ασφαλιστική ενημερότητα.

Ο/Η  
ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ  
(υπογραφή-σφραγίδα)