

Αρ. Πρωτ. Φ.Σ.Αχ.:_____

Ημερ/νία: / / 20

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΦαρμακοποιός.....

Δ/ΝΣΗ

.....

Ημερομηνία

Π Ρ Ο Σ:

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΧΑΪΑΣ (Ν.Π.Δ.Δ.)

Με την παρούσα αιτούμαι αλλαγή εφημερίας μου (διημέρευσης / διανυκτέρευσης) για την (ημέρα),
___ / ___ / 20__ . Σε περίπτωση δρομολόγησης της αλλαγής και εύρεσης αντικαταστάτη, δεσμεύομαι όπως καταβάλω το ποσό των €15 (€ 5 εκτός Πάτρας), το οποίο καλύπτει το διαχειριστικό κόστος του Φ.Σ. Αχαΐας, που σχετίζεται με την ανωτέρω αλλαγή, λαμβάνοντας τη σχετική αριθμημένη απόδειξη.

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

(σφραγίδα - υπογραφή)