

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΥ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ

Π Ρ Ο Σ:

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

Δ/ΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

.....

.....

Ημερομηνία.....

Φ. Σ. ΑΧΑΪΑΣ (Ν.Π.Δ.Δ.)

—

Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ
ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΑΧΑΪΑΣ

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε άδεια
προσωρινού κλεισίματος για το φαρμακείο
μου που βρίσκεται στην οδό

_____ του Δήμου _____ για το
χρονικό διάστημα:

Από (ημέρα), ____ / ____ / _____,

Μέχρι και.....(ημέρα), ____/____/ _____.

Οι λόγοι του προσωρινού κλεισίματος είναι

.....

Ακόμα, δηλώνω υπεύθυνα πως για το
ανωτέρω χρονικό διάστημα δεν έχω
υποχρέωση εφημερίας.

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ