

**ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

Επώνυμο:.....
Όνομα:.....
Όνομα Πατέρα:.....
Όνομα Μητέρας:.....
Αρ. Αστυν. Ταυτότητας:.....
Ημ.έκδοσης:
Εκδ.αρχή:
Α.Φ.Μ.....
Στοιχεία επικοινωνίας:
Σταθερό Τηλ.:
Κινητό Τηλ.:.....
Φαξ:
E-mail:
Τόπος κατοικίας
Πόλη:.....
Οδός- Αριθμός:.....
Ταχ. Κώδικας:.....

**Θέμα: Χορήγηση άδεια ίδρυσης
φαρμακείου**

**ΠΡΟΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια
ίδρυσης φαρμακείου
στο Δήμο.....
Δ.Ε.....

Συνημμένα σας καταθέτω:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....
- 7).....
- 8).....
- 9).....

**Θεσσαλονίκη, /..... /201.....
Ο/Η Αιτών/ούσα**

(υπογραφή)