

# 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 τον μήνα.....

**ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΡΟΣ ΕΓΚΡΙΣΗ ΠΟΣΟ**

.....,.....€

**ΑΡΙΘ. ΛΟΓΑΡ. ΔΙ.ΛΟ.ΦΑΡ. ΑΧΑΪΑΣ**

**ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**5505072433907**

**IBAN: GR410 172 5050 0055 0507 2433 907**

## ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

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

...../...../201....

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