

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ: ΔΥΒ/ΔΥΓ/ΕΔΥΠ

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

Αιτούμενο Ποσό:

Του/της
(Όνομα).....

(Επώνυμο).....

(Διεύθυνση).....

(Πόλη).....(ΤΚ).....

Α.Φ.Μ.....

Αντίγραφο ή αριθμό της σύμβασης/Ημερομηνία σύμβασης.....

Τηλέφωνα: Φαρμακείου:.....

Οικείας:.....

Κινητό:.....

Email:.....

Αριθμός Λογαριασμού Τραπέζης:.....

IBAN:.....(ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ IBAN)

- 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 καταγράφεται 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 σ τη δεύτερη , εκτός της πρώτης άδειας και βεβαιώση 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