

ΑΙΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΠΡΟΣ

ΠΡΟΣ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ ΕΟΠΥΥ

.....

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ:

Έγκριση χρηματικής δαπάνης για

χορηγηθέντα φάρμακα σε

Δ/ΝΣΗ:

ασφαλισμένου του ΕΟΠΥΥ για τον

μήνα.....

Τ.Κ.

Α.Φ.Μ.

ΔΟΥ:

ΑΜ.ΤΣΑΥ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Ο/Η Αιτών/ούσα

ΚΙΝΗΤΟ:

ΑΡΙΘΜ. ΤΙΜ/ΓΙΟΥ:

ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ:

Σφραγίδα- Υπογραφή

ΔΗΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

Όλες οι συνταγές είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και έχουν εκτελεστεί σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3457/2006 και του Π.Δ.121/2008, όπως αυτές εκάστοτε ισχύουν.

Ο/Η Δηλών/ούσα

Σφραγίδα - Υπογραφή