

ΑΙΤΗΣΗ

ΓΙΑ

ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ
ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΕΙΣ –
ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΕΙΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

**Τ.... ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ –
ΜΕΛΟΥΣ ΤΟΥ Φ.Σ.Α.**

.....
.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ :

.....
.....

ΤΗΛ. ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ :

.....

Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ :

.....

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ :

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ :

.....
.....

ΠΡΟΣ

- Φ.Σ.Α.

**- ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝ.ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΤΟΜΕΑ**

Ο / Η αιτ.....
Φαρμακοποιός – μέλος του Φ.Σ.Α. , με την παρούσα αίτησή μου,
παρακαλώ να με απαλλάξετε από την υποχρέωση διημερεύσεων και
διανυκτερεύσεων του φαρμακείου μου, που λειτουργώ στην
περιοχή και
στην οδό, Περιφερειακή Ενότητα
:

για χρονικό διάστημα (6) μηνών και ειδικότερα:

από
μέχρι και

λόγω:

- ☐ σοβαρού προβλήματος υγείας
☐ κύηση
☐ ανατροφή βρέφους
☐ οικονομικής αδυναμίας

σας επισυνάπτω τα εξής δικαιολογητικά που αφορούν την
περίπτωσή μου :

.....
.....
.....

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων

Ο / Η ΑΙΤ.....

(υπογραφή και σφραγίδα