

# ΑΙΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

**ΠΡΟΣ:**  
**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ ΕΟΠΥΥ**  
**ΚΟΖΑΝΗΣ**

**ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ:** .....

.....

**Δ/ΝΣΗ:** .....

**Τ.Κ.:** .....

**Α.Φ.Μ.:** .....

**ΔΟΥ:** .....

**Α.Μ.ΤΣΑΥ:** .....

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** .....

**ΚΙΝΗΤΟ:** .....

**ΑΡΙΘΜ. ΤΙΜ/ΓΙΟΥ:** .....

**ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ:** .....

**Θέμα:**

Έγκριση χρηματικής δαπάνης για  
χορηγηθέντα φάρμακα σε  
ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ για τον  
μήνα: .....  
έτους: .....

ΣΦΡΑΓΙΔΑ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ

## 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 Δηλών

ΣΦΡΑΓΙΔΑ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ