

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ)

**ΑΙΤΗΣΗ  
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

**ΠΡΟΣ:** ΜΕΡΥΠ/ΔΥΓ/ΕΔΥΠ  
Κ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗ , ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ Τ.Κ 55133  
Στρατόπεδο «Νταλίπη»  
ΒΣΤ 903  
Υπόψιν: Λγου Καραπέτσα Παρασκευής  
Τηλ. 2310-805324

Του/της

(όνομα).....

(επώνυμο).....

(πατρώνυμο).....

(αρ. ταυτότητας)..... Ημ. Έκδ.....

(κάτοικος πόλης).....

(δνση επαγγ. Στέγης).....

.....

(αριθ.).....(Τ.Κ).....

(περιοχή).....

(τηλέφ.).....

(E-mail).....

(κινητό).....

(Α.Φ.Μ).....

(ΔΟΥ).....

Σας γνωρίζω ότι, επιθυμώ να συνάψω σύμβαση με το ΥΠΕΘΑ (Στρατό Ξηράς, Πολεμικό Ναυτικό, Πολεμική Αεροπορία) και το Λιμενικό Σώμα, για την Φαρμακευτική Περίθαλψη των ασφαλισμένων του.

Κατέχω την ειδικότητα του.....

Σας επισυνάπτω τα παρακάτω:

1. Βεβαίωση εγγραφής μου στον αντίστοιχο φαρμακευτικό (1).
2. Αντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος
3. Αντίγραφο πτυχίου
4. Αντίγραφο αδειας λειτουργίας φαρμακείου.
5. Υπεύθυνη δήλωση (2).
6. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας.

Παρακαλώ για τις ενέργειές σας προς σύναψη σχετικής σύμβαση

(τόπος, ημερομηνία).....

Ο/Η

ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

Τίθεται Σφραγίδα-Υπογραφή

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

(1) Η βεβαίωση να είναι πρωτότυπη, να απευθύνεται στην Υπηρεσία υποβολής της αίτησης και να φέρει ημερομηνία έκδοσης εντός του τελευταίου τριμήνου προ της κατάθεσης.

(2) Υπεύθυνη Δήλωση θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής, συμπληρωμένη με τα κάτωθι:

α. Αποδέχομαι τους όρους της σύμβασης με το ΥΕΘΑ.

β. Δεν κατέχω έμμισθη θέση στο ΕΣΥ και δεν είμαι πανεπιστημιακός ιατρός.

γ. Όταν διοριστώ στο Δημόσιο οφείλω να διακόψω άμεσα τη Σύμβαση με το ΥΕΘΑ διαφορετικά θα υποστώ τις νόμιμες κυρώσεις.

δ. Ενημερώθηκα πλήρως για τις διατάξεις υγειονομικής περίθαλψης των Στρατιωτικών εν ενεργεία (άνδρες – γυναίκες) και των μελών των οικογενειών τους σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 432/83. (ΣΔ. Ν-Δ-Α 16/84/ΥΕΘΑ/ΓΕΕΘΑ/4<sup>η</sup> ΜΕΟ).