ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ:.....
.....

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

Του/της
(Όνομα).....

(Επώνυμο).....

(Διεύθυνση).....

(Πόλη).....(Τ.Κ.).....

Α.Φ.Μ.....

Αντίγραφο η αριθμό της Σύμβασης.....

Τηλέφωνα:Οικείας:.....

Φαρμακείου:.....

Κινητό:.....

Αριθμός Λογαριασμού Τράπεζας:.....

IBAN.....(ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ-ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ 1ης ΣΕΛΙΔΑΣ ΤΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ)

☐ 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 καταγράφετε 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 στη δεύτερη, εκτός της πρώτης άδειας και βεβαίωση εγγραφής στον Φαρμακευτικό Σύλλογο.
3.Για ποσά άνω των 1.500€ απαιτείται φορολογική ενημερότητα.
4. Για ποσά άνω των 3.000 € απαιτείται και ασφαλιστική ενημερότητα.

Ο/Η
ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΙΣ ΤΡΙΠΛΟΥΝ
(ΠΟΣΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ 25%-10%-0%)

Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΑΡΙΘΜ. ΒΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΗΣ	ΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ	ΠΟΣΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
ΣΥΝΟΛΟ							

Αθήνα.....

ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ
ΜΗΝΟΣ: ΕΤΟΥΣ:
ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ:
ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΕΙΣ ΤΡΙΠΛΟΥΝ
(ΠΟΣΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ)

Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΑΡΙΘΜ. ΒΝ	ΑΡΙΘΜ. ΕΝΤΟΛΗΣ	ΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ	ΠΟΣΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ	ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ
ΣΥΝΟΛΟ							

Αθήνα.....

ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΜΗΝΟΣ: ΕΤΟΥΣ:
ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ:
ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ