

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗ ΝΕΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΠΡΟΣ : ΕΟΠΥΥ

ΑΦΜ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ :	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ :	
ΟΔΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ :	
ΠΟΛΗ :	
ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ :	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ :	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ :	
ΔΗΜΟΣ :	
ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ. :	
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ :	
ΠΕ.ΔΙ. :	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ :	
ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕΙΩΜΕΝΟΥ ΦΠΑ :	
E-MAIL :	

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΑΦΜ :

ΑΜΚΑ :

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΑΦΜ :

ΑΜΚΑ :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

IBAN :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ :

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

