

ΑΙΤΗΣΗ

ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΒΑΣΕΙ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

ΠΡΟΣ:

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Π. Ε. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ - ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

Επώνυμο..... Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε
Όνομα..... άδεια ίδρυσης φαρμακείου, βάσει
Όνομα πατέρα..... πληθυσμιακών κριτηρίων, στην
Ημερ. γέννησης..... Τοπική/Δημοτική Κοινότητα
Αρ. ταυτότητας..... της Δημοτικής Ενότητας
Εκδ. Αρχή..... του Δήμου

Τόπος κατοικίας

Οδός αρ.

Ταχ. Κώδικας.....

Τηλέφωνο.....

Ηράκλειο,/...../202....

Ο / Η ΑΙΤ.....

(Υπογραφή)