



ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ

ΣΤΟ ΔΙΚΤΥΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

ΦΙΛΙΚΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ			
ΟΔΟΣ			
ΑΡΙΘΜΟΣ			
Τ.Κ.			
ΠΟΛΗ			
ΝΟΜΟΣ			
ΑΦΜ			
ΔΟΥ			
ΤΗΛ.			
FAX			
E-mail			
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ			
ΑΡΙΘΜΟΣ :	ΑΔΕΙΟΥΧΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΟΥΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

ΟΝΟΜΑ			
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ Α.Τ.			
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.			
E-mail			

* Στην περίπτωση συστεγασμένων φαρμακείων, καθένας από τους αδειούχους φαρμακοποιούς θα πραγματοποιήσει ξεχωριστή αίτηση.

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Α) Επιθυμώ την ένταξη του φαρμακείου μου στο Δίκτυο Φαρμακείων Φιλικών προς το Μητρικό Θηλασμό.
- Β) Αποδέχομαι πλήρως τους όρους συμμετοχής στο Δίκτυο Φαρμακείων Φιλικών προς το Μητρικό Θηλασμό.
- Γ) Τα στοιχεία που αναφέρονται στην αίτηση είναι ακριβή και αληθή.
- Δ) Τα στοιχεία της αίτησης επιθυμώ να χρησιμοποιούνται αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς του Δικτύου.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ
του αδειούχου φαρμακοποιού

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

