

ΑΙΤΗΣΗ**Π Ρ Ο Σ :**

Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας
Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας &
Κοινωνικής Μέριμνας
Τμήμα Δημόσιας Υγείας
Περιφερειακής Ενότητας Σερρών

ΘΕΜΑ: Υποβολή ετήσιων καταστάσεων ναρκωτικών φαρμάκων 2024

Επώνυμο	:	.....	Σας υποβάλλω συνημμένα:
Όνομα	:	.....	α) τα στελέχη του βιβλίου* της ετήσιας
Πατρώνυμο	:	.....	κατάστασης ναρκωτικών φαρμάκων του
Δ/ση κατοικίας	:	.....	κρατικού μονοπωλίου, εις διπλούν (εφόσον
Πόλη/Κοινότητα	:	.....	διαθέτουν σχετική άδεια) ή Υπεύθυνη
Αρ. Δελτίου Αστυνομικής	:	.....	Δήλωση (εφόσον δεν διαθέτουν σχετική
Ταυτότητας	:	.....	άδεια)
Τηλέφωνο	:	.....	και
Κινητό τηλέφωνο	:	.....	β) την ετήσια κατάσταση φαρμάκων των
E-mail	:	.....	πινάκων Γ & Δ των Ν.1729/1987
	:	.....	(ΦΕΚ144/Α'), Ν.3459/2006 (ΦΕΚ103/Α') &
	:	.....	Ν.4139/2013 (ΦΕΚ74/Α'), όπως ισχύουν εις
	:	.....	διπλούν,
Επωνυμία φαρμακείου	:	.....	που αφορούν το φαρμακείο που διατηρώ
	:	.....	επί της οδού.....
	:	.....	.....και αρ.....
ΑΦΜ φαρμακείου	:	.....	στην Πόλη/Κοινότητα
	:	.....	του Δήμου
	:	.....	για το χρονικό διάστημα από 1/1/2024 έως
	:	.....	και 31/12/2024.

Κατά την υποβολή της αίτησης, όλα τα έντυπα να είναι υπογεγραμμένα και να φέρουν την σφραγίδα του φαρμακείου.

* Για την περίπτωση α) οι φαρμακοποιοί που διαθέτουν άδεια πάγιας αγοράς ναρκωτικών φαρμάκων, να έχουν μαζί τους και το σχετικό βιβλίο.

Ημερομηνία:/...../202...

Ο/Η Αιτών/Αιτούσα

(Υπογραφή - Σφραγίδα φαρμακείου)