

**Α Ι Τ Η Σ Η**

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

Δ/ΝΣΗ.....

.....

Ημερομηνία.....

**Π Ρ Ο Σ: Φαρμακευτικό Σύλλογο Δωδ/σου**

Παρακαλώ, όπως με εγγράψετε ως μέλος του Συλλόγου σας. Σας επισυνάπτω τα σχετικά δικαιολογητικά και την άδεια λειτουργίας του φαρμακείου μου.

**Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ**