

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ**Αναγγελία άσκησης επαγγέλματος ΔΙΑΣΩΣΤΗ - ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ
ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ**

Αίτημα

Υπηρεσία Υποβολής

Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΘΕΣΣΠΡΩΤΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

Αριθμός Πρωτοκόλλου

Ημ/νία αιτήματος

Αρμόδιος Υπάλληλος

Όνομα

Επώνυμο

Αιτών

Όνομα

Επώνυμο

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΔΥΟ (2) ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΠΑΡΑΒΟΛΟ ΧΑΡΤΟΣΗΜΟΥ

ΠΑΡΑΒΟΛΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ

ΕΝΤΥΠΟ Α.Φ.Μ.

ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ

ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ηγουμένισσα

Ο Αρμόδιος Υπάλληλος