



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΕΟΠΥΥ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ			
ΚΩΔΙΚΟΣ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ		

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ (ΣΦΡΑΓΙΔΑ)										ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ			
										ΝΟΜΟΣ:			
										ΠΟΛΗ:			
										ΟΔΟΣ:			
										ΑΡΙΘΜΟΣ:		Τ.Κ.:	
										ΤΗΛ:			
ΑΦΜ										FAX:			
ΔΟΥ										E-MAIL:			

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ Ή ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ Ή ΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ: / /		
ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΟ Φ.Π.Α.	<table border="1"> <tr> <td>ΝΑΙ</td> <td>ΟΧΙ</td> </tr> </table>	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΝΑΙ	ΟΧΙ		

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ										
Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΤΣΑΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ ΣΤΟ ΤΣΑΥ	ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ 5/ΕΤΙΑ ΣΤΟ ΤΣΑΥ	ΠΑΛΛΙΟΣ ή ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ	ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ			
							ΣΥΝΤ ΑΞΗ	ΠΕΡΙ - ΘΑΛΨΗ	ΠΡΟ - ΝΟΙΑ	ΣΤΕ ΓΗ
1.				.... / .... / ....	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΠΑΛΛΙΟΣ ΝΕΟΣ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ
2.				.... / .... / ....	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΠΑΛΛΙΟΣ ΝΕΟΣ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ
3.				.... / .... / ....	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΠΑΛΛΙΟΣ ΝΕΟΣ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ															
IBAN															

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω ότι αποδέχομαι το αιτούμενο ποσό για τις συνταγές που έχω υποβάλει στον ΕΟΠΥΥ, όπως επίσης και η εκκαθάριση του λογαριασμού μου να κατατίθενται στον ανωτέρω Τραπεζικό λογαριασμό του Φαρμακείου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / /

Ο ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

Σφραγίδα / Υπογραφή

Σφραγίδα / Υπογραφή