

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΚΑΒΑΛΑΣ


ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΕΩΣ 2 & ΔΑΓΚΛΗ
Τ.Κ. 654 03 ΚΑΒΑΛΑ
ΤΗΛ.-FAX 2510 834200
e-mail:fs.kavalas@gmail.com

Καβάλα,29/12/2017

Αρ.πρωτ...348...

Συνάδελφοι σας ενημερώνουμε ότι όλες οι οικονομικές συναλλαγές που γίνονται στο φαρμακείο (πληρωμές συνταγών ΕΟΠΥΥ, πληρωμές λειτουργικών εξόδων , πληρωμές μέσω POS, πληρωμές υπαλλήλων) θα πρέπει να γίνονται μέσω λογαριασμού της επιχείρησης, είτε ατομικής είτε εταιρίας (πχ. Ο.Ε., Ε.Ε. κ.α.) και όχι μέσω λογαριασμού που υπάρχει μεν ο ιδιοκτήτης φαρμακοποιός αλλά έχει και άλλα πρόσωπα συνδικαιούχους π.χ. συγγενικά.

Συνημμένα σας αποστέλλουμε τη 'Δήλωση Στοιχείων Φαρμακείων' του ΕΟΠΥΥ την οποία θα πρέπει να συμπληρώσετε και μαζί με μία βεβαίωση από την τράπεζα ότι ο αναφερόμενος λογαριασμός σε μορφή IBAN ανήκει στο εν λόγω φαρμακείο, θα επιστραφεί στον Σύλλογο έως τις 10/01/2018 για να αποσταλούν συλλογικά στον ΕΟΠΥΥ.

Η πρόεδρος Ο γραμματέας

Ρακιτζή Αναστασία Μπότσης Πέτρος



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.			ΝΑΙ		ΟΧΙ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ										
Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΤΣΑΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ ΣΤΟ ΤΣΑΥ	ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩ ΣΕΙ 5/ΕΤΙΑ ΣΤΟ ΤΣΑΥ	ΠΑΛΑΙΟΣ ή ΝΕΟΣ ΑΣΦΙΝΟΣ	ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ			
							ΣΥΝΤ ΑΞΗ	ΠΕΡΙ - ΘΑΛΩΗ	ΠΡΟ - ΝΟΙΑ	ΣΤΕ ΓΗ
1.										
2.										
3.										

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