Αρ. Αιτ.:

Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

Φλέμινγκ & Ερυθρού Σταυρού 1, Λαμία

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΛΑΜΙΕΩΝ

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ....................................................................ΟΝΟΜΑ......................................................

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ......................................................ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ...........................................

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ...............................................................................................................

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ............................................................................................................................

ΟΔΟΣ..........................................................................ΑΡΙΘΜΟΣ......................Τ.Κ............................

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ...................................................../………..............................................

Α.Δ.Τ./ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ.......................................................ΑΔΕΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ...............................

ΑΜΚΑ……………………………………………………………….…………ΑΦΜ……………………………………………………...

E-MAIL…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Σημειώστε τα μέλη του νοικοκυριού τα οποία διαβιούν στην ίδια οικία. **Για τα εξαρτώμενα/προστατευόμενα μέλη τα οποία θέλετε να εντάξετε στις υπηρεσίες του Κοινωνικού Φαρμακείου, σημειώστε** x  **στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | ΕΙΔΟΣ ΣΧΕΣΗΣ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 □

 □

 □

 □

 □

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ**

(επισυνάπτεται εξουσιοδότηση και φωτοτυπία ταυτότητας)

ΕΠΩΝΥΜΟ…………………………………………………………………………………ΟΝΟΜΑ…………………………………..

Α.Δ.Τ./ΑΡ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ………………………………………………………………………………………………………………..

ΤΗΛΕΦΩΝA ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ………………………………………………………/………………………………………………………..

Ημερομηνία Ο/Η Ενδιαφερόμενος/η

 / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_