

# ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΠΡΟΣ:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ –  
Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

ΑΡ. ΕΓΓΡΑΦΟΥ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ<sup>(1)</sup>:

ΤΥΠΟΣ ΕΓΓΡΑΦΟΥ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ<sup>(2)</sup>:

Αρ. Τηλεφώνου:

Αστυνομική Ταυτότητα

Σταθερό:

Διαβατήριο

Κινητό:

Στρατιωτική Ταυτότητα

Δίπλωμα Οδήγησης

Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο των πτυχιούχων φαρμακοποιών για εξέταση για χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού, εξεταστικής περιόδου **ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2019**, για τα εξής μαθήματα<sup>(3)</sup>:

1. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΪΑ – ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΑ
2. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ – ΙΣΤΟΡΙΑ – ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
3. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ
4. ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ

Η τελευταία συμμετοχή μου στις εξετάσεις για τη χορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού ήταν το μήνα ..... του έτους **20**.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ο / Η

...../...../2019

Αιτών/-ούσα  
(Υπογραφή)

## ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ:

(1): Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε αριθμό δελτίου αστυνομικής ταυτότητας, στρατιωτικής ταυτότητας (προσοχή: αριθμό ταυτότητας, ΟΧΙ αριθμό στρατιωτικού μητρώου), διαβατηρίου ή διπλώματος οδήγησης. Κατά την εξέταση πρέπει να έχετε μαζί σας το ίδιο έγγραφο που δηλώσατε στην αίτησή σας.

(2): Εδώ σημειώνετε τον τύπο εγγράφου που επικαλείστε για πιστοποίηση της ταυτότητάς σας.

(3): Σημειώνετε τα μαθήματα στα οποία επιθυμείτε να επανεξεταστείτε.