



## Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών (Π.Ε.Φ.)

Κορυζή 6, Αθήνα 11743

Τηλ: 210 9227182 | Fax: 210 9232964 | E-mail: pepharm@otenet.gr

www.epharm.gr | www.pharmacongress.gr

**Προς:** το Διοικητικό Συμβούλιο της  
Πανελληνίας Ένωσης Φαρμακοποιών

**Θέμα:** Αίτηση εγγραφής μέλους

Αθήνα, .....

Παρακαλώ όπως εγκρίνεται το αίτημα μου για εγγραφή στο μητρώο μελών της Πανελληνίας Ένωσης Φαρμακοποιών.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι α) αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τους όρους του καταστατικού της Π.Ε.Φ. β) δεν διαθέτω άδεια λειτουργίας φαρμακείου, φαρμακαποθήκης, φαρμακευτικής βιομηχανίας, αντιπροσωπίας φαρμάκων και γ) δεν έχω την ιδιότητα του εργοδότη.

Δηλώνω επίσης ότι τα παρακάτω στοιχεία είναι σωστά και αληθινά.

Επώνυμο: .....

Όνομα: .....

Όνομα πατέρα: .....

Χρονολογία γέννησης: .....

Τόπος γέννησης: .....

Αριθμός ταυτότητας: .....

Διεύθυνση επικοινωνίας: .....

Τηλέφωνο επικοινωνίας: .....

E-mail επικοινωνίας: .....

Χρονολογία λήψης πτυχίου: .....

Πανεπιστημιακό Ίδρυμα: .....

Εργάζομαι ως: .....

Ημερομηνία εγγρ. στο ΤΣΑΥ: .....

Ο αιτών

.....