

## ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

---

### Δήλωση Απαίτησης Ασφαλισμένου ΕΟΠΥΥ

Ο ασφαλισμένος /η .....του ΕΟΠΥΥ

**Απαιτώ** από το ασφαλιστικό μου Ταμείο, προς το οποίο κατέβαλλα επί σειρά ετών τις ασφαλιστικές μου εισφορές, να εξοφλεί τακτικά και μέσα στις νόμιμες προθεσμίες τις υποχρεώσεις του προς τους φαρμακοποιούς, ώστε και αυτοί με τη σειρά τους να μπορούν να μου προμηθεύουν τα φάρμακα που χρειάζομαι, αναγνωρίζοντας έτσι το **δικαίωμά μου** στην φαρμακευτική περίθαλψη.

Όνοματεπώνυμο.....

Υπογραφή .....

Ημερομηνία.....