

|                                       |  |                              |
|---------------------------------------|--|------------------------------|
| <p>ΙΦΕΤ ΑΕ<br/>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p> | <p><b>ΑΙΤΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ*</b><br/><b>ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b></p> | <p>ΠΛ-02/Ε1<br/>Έκδοση:3</p> |
|---------------------------------------|--|------------------------------|



**ΑΙΤΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

Ημερομηνία: .....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

Επωνυμία: .....

Όνοματεπώνυμο Φαρμακοποιού: .....

Διεύθυνση (οδός-αριθμός): ..... Τ.Κ. ....

Δήμος: ..... Πόλη: ..... Νομός: .....

ΔΟΥ: ..... ΑΦΜ: .....

Τηλ.: ..... Fax: ..... E-mail: .....

*Προς ΙΦΕΤ αε*

*Παρακαλώ να παραγγείλετε το εξής φαρμακευτικό προϊόν, το οποίο δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα:*

Εμπορική ονομασία: .....

Δραστική ουσία: .....

Φαρμακοτεχνική μορφή: ..... Περιεκτικότητα: .....

Συσκευασία: ..... Αιτούμενη ποσότητα: .....

Σφραγίδα/Υπογραφή Φαρμακοποιού: .....

**Οδηγίες:** Αφού συμπληρώσετε το παρόν έντυπο το αποστέλετε με fax στο 210 6039640, μαζί με την Ιατρική Γνωμάτευση και την έγκριση από τον ΕΟΦ. Γ Για περισσότερες πληροφορίες: τηλ 213 2002456, email: medicine@ifet.gr