

ΑΙΤΗΣΗ

Όνομα

Επώνυμο.....

Πατρώνυμο.....

Δ/νση κατοικίας.....

.....

Τ.Κ.....

Τηλ.....

.....

ΠΡΟΣ:

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Τμήμα Διαχείρισης Ανάπτυξης &

Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Ανθρώπινου Δυναμικού

Αποστόλου Παύλου 12-Τ.Κ. 151 23 –Μαρούσι

Σας καταθέτω τα κατωτέρω δικαιολογητικά, προκειμένου να συνεργαστώ με τον ΕΟΠΥΥ με Δελτίο Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών, σύμφωνα με την υπ'αριθμ. ΔΒ1Α/Δ/...../.....-06-2019 πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος ως *..... για την κάλυψη των αναγκών των κατωτέρω Δ/νσεων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.:

α).....

β).....

γ).....

1. Πιστοποιητικό σπουδών
2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
3. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας
4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
5. Πιστοποιητικό Πολυτεχνίας
6. Υπεύθυνη Δήλωση περί μη ποινικής καταδίκης, στερητικής ή επικουρικής δικαστικής συμπάραστασης
7. Υπεύθυνη Δήλωση περί εκπλήρωσης των στρατιωτικών υποχρεώσεων
8. Βεβαίωση του ΟΑΕΔ
9. Πιστοποιητικά απόδειξη εμπειρίας

.....

.....

(να διαγραφεί ό,τι δεν επισυνάπτεται)

Ημερομηνία.....

***Φαρμακοποιός ή
Βοηθός φαρμακείου**
(συμπληρώνετε την ειδικότητά σας)

Ο/Η αιτών/ούσα

.....