**ΠΡΟΣ ΤΟ Δ.Σ. ΤΟΥ**

**ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΗΜΑΘΙΑΣ**

**ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΣΤΙΣ ΑΡΧΑΙΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΗΜΑΘΙΑΣ**

**της 14-11-2025 ή της 16-11-2025**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ……………………………… του και

της …………………… (διεύθυνση φαρμακείου: )

μέλος του Φαρμακευτικού Συλλόγου Ημαθίας, δηλώνω με την παρούσα ότι θα είμαι υποψήφιος/α στις αρχαιρεσίες του Φαρμακευτικού Συλλόγου Ημαθίας της 14-11-2025 ή σε περίπτωση μη απαρτίας, της 16-11-2025, με το

συνδυασμό «… » για:

μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Φαρμακευτικού Συλλόγου

…………, ……..……….. 2025

Ο/Η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή – Σφραγίδα φαρμακείου)