**ΑΙΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ**

Επώνυμο:

 Όνομα:

 Όνομα πατρός:

Δ/νση:

Τηλέφωνο:

**ΠΡΟΣ**

**Λ.Ε.Α.Φ.Η.**

**ΘΕΜΑ**

Με την παρούσα αίτηση επιθυμώ να υποβάλω την υποψηφιότητα μου για τις αρχαιρεσίες του Λ.Ε.Α.Φ.Η. που θα λάβουν τόπο στις 14/11/25 (επαναληπτική 19/11/2025)

για μέλος Δ.Σ.

 / / 2025

 ………..Αιτ………

 Υπογραφή

 Σφραγίδα