

Έφορο Φαρμακευτικής
Φαρμακευτικές Υπηρεσίες
1475 Λευκωσία

Αρ. Φακ.: Φ. Υ. 7.02.01

Ονοματεπώνυμο (με κεφαλαία γράμματα):.....

Διεύθυνση : Οδός & Αριθμός

ΤΤ & Πόλη / Χωριό.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας :

Ηλεκτρονική Διεύθυνση :

**ΘΕΜΑ: Αίτηση για συμμετοχή στις εξετάσεις
για την Εγγραφή Φαρμακοποιού**

Σας πληροφορώ ότι επιθυμώ να παρακαθίσω στις νενομισμένες εξετάσεις του
ερχομένου ⁽¹⁾ για απόκτηση του δικαιώματος ασκήσεως
του επαγγέλματος του Φαρμακοποιού.

⁽¹⁾ Μαρτίου, Ιουνίου, Σεπτεμβρίου ή Δεκεμβρίου

Επισυνάπτω:

- αντίγραφο του πτυχίου μου στην Φαρμακευτική
- αντίγραφο της πολιτικής μου ταυτότητας ή διαβατηρίου
- Τέλη εγγραφής €100 ⁽²⁾

⁽²⁾ Τα τέλη εγγραφής πληρώνονται **ΜΟΝΟ** ηλεκτρονικά μέσω του συνδέσμου
<https://www.jccsmart.com/e-bill/merchants/4888/outlets/384/invoices/classified>,
σημείο [98] EXAMS FOR PHARMACISTS' REGISTRATION ή στο Λογιστήριο των
Φαρμακευτικών Υπηρεσιών.

Σημ. 1: Οι εξετάσεις γίνονται την πρώτη εβδομάδα των πιο πάνω μηνών.

Σημ. 2: Οι αιτήσεις πρέπει να παραλαμβάνονται στις Φαρμακευτικές
Υπηρεσίες μέχρι την 15^η ημέρα του προηγούμενου μήνα το
αργότερο.

Παρακαλώ όπως με ενημερώσετε για την ακριβή ημερομηνία των εξετάσεων.

Ευχαριστώ,

Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....