**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

εξουσιοδοτώ τον ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΕΥΒΟΙΑΣ(Ν.Π.Δ.Δ)

να πληρώνεται αντ εμού ,μέσω του λογαριασμού του .

 Ημερομηνία \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

 Ο/Η Εξουσιοδοτών/ούσα

 Υπογραφή