



Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 Ν.2690/1999)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ »

Προς⁽¹⁾:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΠΡΕΒΕΖΑΣ ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:	
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	
		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:	
		Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽³⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	
		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽⁴⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Σας υποβάλλω τα απαραίτητα δικαιολογητικά και παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στη Δ.Κ.

Δ.Ε

του Δήμου

(3) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.....20.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(4) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(5) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου, η δήλωση συνεχίζεται σε άλλο κατάλληλο σημείο του εντύπου της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

**ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
1. Αντίγραφο Πτυχίου Φαρμακευτικής Σχολής (Υποβάλλεται απλό φωτοαντίγραφο πτυχίου από ελληνικό πανεπιστήμιο. Εάν πρόκειται για τίτλο της αλλοδαπής υποχρεωτικά φέρει σφραγίδα Χάγης, είναι μεταφρασμένος στην ελληνική και υποβάλλεται ο τίτλος και η μετάφρασή του σε αντίγραφα επικυρωμένα από δικηγόρο).	☐	☐
2. Αντίγραφο Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος Φαρμακοποιού στην Ελλάδα	☐	☐
3. Πιστοποιητικό από τον αιτούντα φαρμακοποιό στο οποίο να φαίνεται ότι έχει την Ελληνική Ιθαγένεια ή την υπηκοότητα κράτους μέλους της Ε.Ε. (το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικαθίσταται με υπεύθυνη δήλωση και φωτοτυπία της Αστυνομικής Ταυτότητας)	☐	☐
4. Γραμμάτιο Παρακαταθήκης 6,00 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων (στο οποίο θα αναγράφεται ονοματεπώνυμο ο Δήμος και Δημοτική Ενότητα ή Δημοτική Κοινότητα)	☐	☐
5. Φορολογική Ενημερότητα	☐	☐
6. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 από τον αιτούντα φαρμακοποιό, με το εξής κείμενο : α) Δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση, για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματος μου, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Ποινικού Κώδικα όπως αυτός ισχύει ή δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων ή δεν έχω παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα β) Δεν οφείλω στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία γ) Δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης δ) Δεν έχω λάβει άλλη άδεια ίδρύσεως φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε ή Έχω λάβει (αριθμό αδειών) άδεια ίδρυσης και λειτουργίας φαρμακείου σε άλλο Δήμο, Δημοτική Ενότητα ή Δημοτική Κοινότητα (επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες) ή Έχω υποβάλλει αίτηση που εκκρεμεί για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης στην Περιφερειακή Ενότητα και σας επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων ε) υπεύθυνος φαρμακοποιός για τη λειτουργία του φαρμακείου στ) Με την κατάθεση της παρούσας αίτησης δεν υπερβαίνω το μέγιστο αριθμό των τεσσάρων (04) αιτήσεων για την τρέχουσα περίοδο υποβολής (.....), όπως ορίζει το άρθρο 29*, του Ν. 4715/2020. ζ) Δεν λαμβάνω σύνταξη από οποιονδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης ή λαμβάνω σύνταξη από η) Δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση ή κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και θα παραιτηθώ πριν την έγκριση λειτουργίας του φαρμακείου θ) Δε διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων ή διευθύνω φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών στο Δήμο και θα παραιτηθώ πριν την έγκριση λειτουργίας του φαρμακείου.	☐	☐
7. Για το φαρμακοποιό που θα αναλάβει την υπευθυνότητα του φαρμακείου (τον οποίο έχει δηλώσει με συνημμένη Υπεύθυνη Δήλωση στην αίτησή του ο αιτών φαρμακοποιός ή ο ιδιώτης μη φαρμακοποιός) απαιτούνται η αποδοχή του και τα δικαιολογητικά που αναφέρονται για τους φαρμακοποιούς στην προηγούμενη παράγραφο με αριθμό 1, 2, 3, 6	☐	☐

8. Για τον ιδιώτη μη φαρμακοποιό : απαιτούνται τα δικαιολογητικά που αναφέρονται για τους φαρμακοποιούς στην προηγούμενη παράγραφο με αριθμό 3, 4, 5, και από το 6 τα κείμενα των α, β, γ, δ, ε και στ.		☐
---	--	--------------------------