



**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ  
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΠΕ ΖΑΚΥΝΘΟΥ  
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ  
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

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)

<b>ΠΡΟΣ:</b>	<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΖΑΚΥΝΘΟΥ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
		<i>Συμπληρώνονται από την Υπηρεσία</i>	

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:*		Α.Φ.Μ.	
Αρ. Διαβατηρίου:*		Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας:*	
Ημερομηνία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:
Τηλ:		Fax:	
			E-mail:

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>1</sup>** (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		ΟΔΟΣ:	
Τηλ:		Fax:	

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου για την Τοπική Κοινότητα.....της Δημοτικής Ενότητας .....του Δήμου Ζακύνθου.

.....  
(ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)