



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΑΙΤΗΣΗ - 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)

Περιγραφή αιτήματος: «ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ»

ΠΡΟΣ:	Π.Ε.ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνονται από την Υπηρεσία</i>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας*:			A.Φ.Μ.			Αρ. Άδειας Οδήγησης*:	
Αρ. Διαβατηρίου*:			Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας*:			Ιθαγένεια:	
Ημερομηνία ¹ Γέννησης:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:		Αρ.:	TK	
Τηλ.:	Fax:				E-mail:		
Σε περίπτωση υποβολής της αίτησης από μη φαρμακοποιό, είναι ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ η υποβολή Υπεύθυνης Δήλωσης του αιτούντος με τα πλήρη στοιχεία του υπεύθυνου φαρμακοποιού που διαθέτει άδεια άσκησης επαγγέλματος (Όνοματεπώνυμο, πατρώνυμο, αριθμό δελτίου ταυτότητας, ημερομηνία κτήσης άδειας/βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος)							

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): ..							
ΟΝΟΜΑ:				ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:					ΑΔΤ:		
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:			ΟΔΟΣ:			ΑΡΙΘ:	TK
Τηλ.:	Fax:				E-mail:		

Παρακαλώ για την χορήγηση άδεια ίδρυσης φαρμακείου.
στ.....(Τοπική
Κοινότητα) της Δημοτικής Ενότητας.....του
Δήμου Κεφαλονιάς ή Δήμου Ιθάκης.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ-ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Στη περίπτωση που κατατίθεται η αίτηση μέσω εκπροσώπου απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- 1) Αίτηση
- 2) Υπεύθυνη Δήλωση με το εξής κείμενο:
 - α) (φαρμακοποιός) « αναλαμβάνω ως υπεύθυνος την λειτουργία του φαρμακείου και δεν είμαι υπεύθυνος σε κανένα άλλο φαρμακείο ανεξαρτήτως αν το φαρμακείο είναι το κατάστημα της έδρας ή το υποκατάστημα της ίδιας ή διαφορετικής ατομικής επιχείρησης ή εταιρείας» συνοδευόμενη από Αντίγραφο αδειας-βεβαίωσης ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού της Ελλάδας ή κράτους μέλους της Ε.Ε.
 - ή (μη φαρμακοποιός) αναλαμβάνει ως υπεύθυνος φαρμακοποιός τη λειτουργία του φαρμακείου ο/η (πλήρη στοιχεία υπεύθυνου φαρμακοποιού) ο/η οποίος/οποία δεν είναι υπεύθυνος σε κανένα άλλο φαρμακείο ανεξαρτήτως αν το φαρμακείο είναι το κατάστημα της έδρας ή το υποκατάστημα της ίδιας ή διαφορετικής ατομικής επιχείρησης ή εταιρείας» » θα συνοδεύεται από αντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού της Ελλάδας ή κράτους μέλους της Ε.Ε.
- 3) Υπεύθυνη Δήλωση με το εξής κείμενο : « έχω ή δεν έχω λάβει ο ίδιος ή ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός άδεια ίδρυσης φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε, τον αριθμό αυτών των αδειών, καθώς και εάν έχω /δεν έχω(ή ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός) υποβάλλει αίτηση που εκκρεμεί για την χορήγηση άδειας ίδρυσης σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα.»

Σημείωση : σε περίπτωση που υφίσταται άδεια ίδρυσης ή στην περίπτωση που εκκρεμεί αίτηση για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης,στην παραπάνω υπεύθυνη δήλωση αναγράφονται και επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις.
- 4) Αντίγραφο Πτυχίου φαρμακευτικής σχολής
- 5) Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή οποιαδήποτε αντίγραφο επισήμου στοιχείου πιστοποίησης ταυτότητας από το οποίο να προκύπτει η ελληνική ιθαγένεια ή υπηκοότητα ενός των κρατών -μελών της Ε.Ε.
- 6) **Για την περίπτωση αιτούντος φαρμακοποιού**
Υπεύθυνη δήλωση με το εξής κείμενο:
 - α)«δεν έχω καταδικαστεί 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 φαρμακοποιού, κιβδηλεία ,παραχάραξη παράβαση

κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187 Α του Ποινικού Κώδικα όπως αυτός ισχύει ή δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων ή δεν έχω παραπεμφθεί με το 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»

Για την περίπτωση αιτούντος μη φαρμακοποιού πρέπει να προσκομιστεί η ανωτέρω υπεύθυνη δήλωση ξεχωριστή για τον ίδιο και άλλη μία που να αφορά τον υπεύθυνο φαρμακοποιό

Σημείωση:

-Η αίτηση χορήγησης άδειας ίδρυσης φαρμακείου συνοδεύεται επί ποινή απαραδέκτου της αίτησης ,από υπεύθυνη δήλωση του/της αιτούμενου/ης ,στην οποία αυτός/η δηλώνει τα πλήρη στοιχεία του/της φαρμακοποιού που διαθέτει άδεια/βεβαίωση ασκήσεως φαρμακοποιού και θα είναι υπεύθυνος /η για τη λειτουργία του φαρμακείου ,στην περίπτωσης της χορήγησης συγκεκριμένης άδειας. (δικαιολογητικό 2)

-Οι αιτήσεις υποβάλλονται ιδιοχείρως ή ηλεκτρονικά στο e-mail της Υπηρεσίας που είναι dnsi_dim_ygeias.kef@pin.gov.gr εντός του πρώτου δεκαπενθημέρου του μηνός Νοεμβρίου 2018.

-Οι αιτήσεις που υποβάλλονται ηλεκτρονικά σε ημέρα αργίας πρωτοκολλούνται την επομένη εργάσιμη ημέρα.

-Οι αιτήσεις που υποβάλλονται ηλεκτρονικά πέραν του ωραρίου εργασίας (μετά την 15:00 μ.μ.) πρωτοκολλούνται την επόμενη εργάσιμη μέρα.

-Ο αιτών οφείλει εντός του μηνός από την υποβολή της αίτησης να υποβάλλει τα προβλεπόμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά ηλεκτρονικά ,ή σε περίπτωση αδυναμίας του ιδιοχείρως ή με εκπρόσωπο δυνάμει εξουσιοδότησης θεωρημένης σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής.

**Η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά
Είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση .(Τηλ. Υπηρεσίας
2671362703)**