



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΕΥΚΑΔΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ--ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 του Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 του 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 του Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος:
«ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ»
βάσει των νόμων 4281 & 4272/2014 και της αρ.Γ5(β)/Γ.Π.οικ.36277/23-5-2016 ΚΥΑ
(ΦΕΚ1445/Β'/23-5-2016)

«Αίτηση για αδεία ίδρυσης φαρμακείου τ... ..
για την Τοπική / Δημοτική Κοινότητατης Δημοτικής Ενότητας
..... του Δήμου.....».

ΠΡΟΣ:	Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΛΕΥΚΑΔΑΣ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
--------------	--	------------------------------------	----------------------------

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ-ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ:

Όνομα:	Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:	Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:*	Α.Φ.Μ.	
Αριθ. Διαβατηρίου:*	Ιθαγένεια:	
Ημερομηνία γέννησης	Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:	Πόλη:
Οδός:	Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:	Fax:	E – mail:

- συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

(Αν ο αιτών είναι ιδιώτης συμπληρώνεται και το παρακάτω, αλλιώς διαγράφεται)

και ορίζω ως υπεύθυνο φαρμακοποιό τον του
με ΑΔΤ

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ¹ (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 συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.		
ΟΝΟΜΑ:	ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:	ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:	ΑΡΙΘ:	Τ.Κ:
Τηλ:	Fax:	E –mail:

«Παρακαλούμε για τη χορήγηση άδεια ίδρυσης φαρμακείου στην Τοπική / Δημοτική Κοινότητα της Δημοτικής Ενότητας του Δήμου.....».

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

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

ΛΕΥΚΑΔΑ/...../2022

Ο/Η αιτών/ούσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)