

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)

Προς:	Π.Ε ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

Ο / Η Όνομα:		Επώνυμο:		
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:		
Α.Δ.Τ.ή Αρ.Διαβατηρ.:		Αρχή έκδοσης:		
Α.Φ.Μ.:		Επώνυμο Συζύγου:		
Ημ/νία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:		
Τ.Κ.		Τηλ./Fax:		

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ :

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ⁽¹⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):

Ο / Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλ:		Fax:	
A.Δ.Τ.:		⁽¹⁾ Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη.	

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στη Τοπική Κοινότητα.....της Δημοτικής
Ενότητας.....

Ημερομηνία..... - – 20
(Υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Αίτηση

(Οι αιτήσεις υποβάλλονται ιδιοχειρώς ή ηλεκτρονικά στο e-mail της Υπηρεσίας **dnsi_dim_ygeias.kef@pin.gov.gr** εντός του πρώτου δεκαπενθημέρου του μηνός Ιουλίου 2022)

1) Υπεύθυνη Δήλωση με το εξής κείμενο:

(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 αδείας-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.

2) 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.

3) Υπεύθυνη δήλωση με το εξής κείμενο:

(φαρμακοποιός)

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

4) Αντίγραφο Πτυχίου φαρμακευτικής σχολής

5) Αντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης ασκήσεως επαγγέλματος

6) Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή οποιαδήποτε αντίγραφο επίσημου στοιχείου πιστοποίησης ταυτότητας από το οποίο να προκύπτει η ελληνική ιθαγένεια ή υπηκοότητα ενός των κρατών -μελών της Ε.Ε.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

-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 περίπτωση της χορήγησης συγκεκριμένης άδειας.

-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.

- Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνησίου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

- Οι υπεύθυνες δηλώσεις φέρουν το γνήσιο υπογραφής των δηλούντων εκτός αν υπογράψουν ενώπιον του υπαλλήλου της υπηρεσίας κατάθεσης της αίτησης.

- «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 εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

T.E.7/16.

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