



ΑΙΤΗΣΗ -ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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)

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ: « ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ
βάσει του Π.Δ. αριθμ. 64/2018 (ΦΕΚ Α 124/11-07-18)»

ΠΡΟΣ: ⁽¹⁾	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ Π.Ε. (Συμπληρώστε την Π.Ε. στην οποία απευθύνεστε)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ –ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :
<i>Συμπληρώνονται από την Υπηρεσία</i>		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:		
Ο-Η Όνομα		Επώνυμο:
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:		
Ημερομηνία Γέννησης ⁽²⁾ :		
Τόπος Γέννησης:		
ΑΦΜ:		Επώνυμο συζύγου:
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ.:
Τόπος Κατοικίας	Οδός:	Αριθ.:
		T.K.:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/ση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (e-mail):
ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)		
Όνομα:		Επώνυμο:
Όνομα πατέρα:		Επώνυμο πατέρα:
Τόπος κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:
Τηλ:		Φαξ:
ΑΔΤ:		Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την ανωτέρω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική διοικητική πράξη

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη η Αρχή ή η Υπηρεσία του Δημόσιου Τομέα που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) 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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή τη δηλούσα.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22, του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στην Τοπική Κοινότητα.....
..... της Δημοτικής Ενότητας του Δήμου
.....

Σας καταθέτω τα παρακάτω απαραίτητα δικαιολογητικά :

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

και ορίζω ως υπεύθυνο φαρμακοποιό τον του
με ΑΔΤ

(Πόλη - Ημερομηνία).....

Ο/Η ΑΙΤ.....

(υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
1) Αίτηση (υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχειρώς από τον Αιτούντα: α) αδειούχο φαρμακοποιό β) ιδιώτη μη φαρμακοποιό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής (Του αιτούντος φαρμακοποιού ή του οριζόμενου φαρμακοποιού από ιδιώτη.) Περί πτυχιούχων εξωτερικού: α) χωρών Ε.Ε. πτυχίο - 'Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος σύμφωνα με την αντίστοιχη Κοινοτική οδηγία Ε.Ε. β) εκτός χωρών Ε.Ε. βεβαίωση αναγνώρισης ισοτιμίας –αντιστοιχίας πτυχίου από το ΔΟΑΤΑΠ, Για τα ανωτέρω έγγραφα απαιτείται επίσημα σφραγισμένα και μεταφρασμένα από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από πιστοποιημένο δικηγόρο που έχει οριστεί από τον δικηγορικό του σύλλογο ή από πτυχιούχους μεταφραστές του Τμήματος Ξένων Γλωσσών, Μετάφρασης και Διερμηνείας του Ιονίου Πανεπιστημίου. Σφραγίδα της Χάγης APOSTILLE σε όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Αντίγραφο αδείας ασκήσεως επαγγέλματος ή βεβαίωση άσκησης φαρμακοποιού στην Ελλάδα, ή κράτους - μέλους της Ε.Ε.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4). Πιστοποιητικό Δήμου ή Κοινότητας ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια (το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικαθίσταται με υπεύθυνη δήλωση και επίδειξη ή φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας) ή υπηκοότητα εντός εκτός των κρατών- μελών της Ε.Ε.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86: «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 επαγγέλματός του, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Ποινικού Κώδικα, όπως αυτός ισχύει, ή να 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» ή σε αντίθετη περίπτωση «...έχω καταδικαστεί για τις εξής αξιόποινες πράξεις...».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 : «δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης, δεν παίρνω πλήρη σύνταξη από το Δημόσιο, το ΤΣΑΥ ή από οποιοδήποτε άλλο φορέα κοινωνικής ασφάλισης ή δε λαμβάνω σύνταξη για λόγους υγείας και δεν έχω συμπληρώσει τις προϋποθέσεις πλήρους συνταξιοδότησης, δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και δε διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων» ή « διατηρώ φαρμακείο στο Δήμο _____ ή διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: « έχω λάβει ή δεν έχω λάβει στο παρελθόν άδεια ίδρύσεως και λειτουργίας φαρμακείου » , καθώς και εάν έχει υποβάλει αίτηση που εκκρεμεί για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα. Σε περίπτωση που υφίσταται άδεια ίδρυσης ή στην περίπτωση που εκκρεμεί αίτηση για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης, στην υπεύθυνη δήλωση αναγράφονται και επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)Απόσπασμα ποινικού Μητρώου (αυτεπάγγελτη αναζήτηση).		V	

9) Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα (Να μην οφείλει στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Γραμμάτιο παρακαταθήκης 6,00 € του ταμείου παρακαταθηκών και δανείων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Βεβαίωση πολυτεκνίας ή τέκνο πολύτεκνης οικογένειας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Ένα φάκελο Α4 με λάστιχο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. 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.

2. «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.10/15