



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 ΓΙΑ ΣΥΣΤΕΓΑΣΗ ΝΕΟΪΔΡΥΘΕΝΤΟΣ ΜΕ ΗΔΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ , Ν. 3918/2011»

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	

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:

(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.

Έχοντας τα νόμιμα προσόντα σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε, κατ' εξαίρεση των πληθυσμιακών ορίων, άδεια ίδρυσης φαρμακείου στη Δ.Ε του Δήμου προκειμένου να συστεγασθώ με το φαρμακείο του/της φαρμακοποιού που βρίσκεται στην οδό του Δήμου σύμφωνα με τις διατάξεις του Άρθρου 36 παρ.6 του Ν.3918/2011.

Ο υπογεγραμμένος φαρμακοποιός δηλώνω υπευθύνως, ότι συγκατατίθεμαι , όπως χορηγηθεί άδεια ιδρύσεως φαρμακείου στη Δ.Ε του Δήμου , στον/στην φαρμακοποιό, κατ' εξαίρεση σύμφωνα με τις διατάξεις του αρθ.36 παρ.6 του Ν.3918/2011, προκειμένου να συστεγασθεί με το φαρμακείο μου που βρίσκεται επί της οδού

(Πόλη - Ημερομηνία).....

Ο /Η ΔΗΛ.....

Ο/Η ΑΙΤ.....

(υπογραφή)

(υπογραφή)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΒΛΕΠΕ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΕΛΙΔΑ)

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».

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ (εντός 30 ημερών)
Αίτηση		
1) Απαιτείται από τον αποχωρούντα φαρμακοποιό υπεύθυνη δήλωση αρ.8 Ν.1599/86 στην οποία να δηλώνει ότι κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του δραστηριότητας δεν έχει συστεγαστεί άλλη φορά με φαρμακοποιό για τον οποίο ίσχυαν τα πληθυσμιακά όρια του άρθρου 2 του Ν. 1963/91 και ο οποίος έλαβε άδεια ίδρυσης φαρμακείου κατ' εξαίρεση των πληθυσμιακών ορίων.		
2) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής		
3) Αντίγραφο αδείας ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού στην Ελλάδα		
4) Πιστοποιητικό στο οποίο να φαίνεται ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια ή την υπηκοότητα κράτους μέλους της Ε.Ε. (το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικαθίσταται με φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας εφόσον αναγράφεται η ιθαγένεια)		
5) <u>Πρωτότυπο</u> Γραμμάτιο Συστάσεως Παρακαταθήκης 6,00 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων. (στο οποίο θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του αιτούντος και ο Δήμος ή η Δημοτική ενότητα)		
6) Φορολογική ενημερότητα		
7) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: α. «Δεν οφείλω στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία». β. «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 επαγγέλματός μου, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακούργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Ποινικού Κώδικα όπως αυτός ισχύει, δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων και επίσης δεν έχω παραπεμφθεί με το αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα» γ. «Δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης» δ. «Δεν έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε ή έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου, ή έχω υποβάλει αίτηση που εκκρεμεί για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης στην Περιφερειακή Ενότητα και σας επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων» ε. «δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση» ή «κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και θα παραιτηθώ πριν ζητήσω την επιθεώρηση του νεοϊδρυθέντος φαρμακείου μου» ζ. «δεν διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών «προϊόντων ή διευθύνω φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών στο Δήμο».		

Σημείωση:

- Από τα παραπάνω δικαιολογητικά το 5 πρέπει να έχει εκδοθεί εντός 6μήνου ενώ τα 1, 6 & 7 πρόσφατα.