



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 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ>>.

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.

Σας καταθέτω τα απαραίτητα δικαιολογητικά και παρακαλώ να προβείτε σε επιθεώρηση του
 φαρμακείου μου, προκειμένου να μου χορηγήσετε την άδεια λειτουργίας του, στο κατάστημα που
 βρίσκεται στην οδότης Δ.Ε του Δήμου

Συνημμένα καταθέτω:

α/α	ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1.	Αντίγραφο συμφωνητικού μισθώσεως από τον αιτούντα φαρμακοποιό ,του καταστήματος όπου θα λειτουργήσει το φαρμακείο ή πρόσφατο πιστοποιητικό ιδιοκτησίας από το αρμόδιο υποθηκοφυλακείο.		
2	Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 ιδιώτη Μηχανικού σύμφωνα με την παρ.1ατου άρθρου3 τουΝ.4178/2013(ΦΕΚ 174τ.Α)στην οποία θα διαφαίνεται ο μοναδικός αριθμός ακινήτου ,που καταγράφεται στο πληροφοριακό σύστημα της ταυτότητας του κτιρίου. Επίσης ότι το κατάστημα που θα λειτουργήσει το φαρμακείο Α)είναι χώρος κύριας χρήσης, Β)δεν είναι αυθαίρετο και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές ή προσθήκες και αν υπάρχει πατάρι ή υπόγειο ότι νομίμως υφιστάμενα. Για τυχόν συγκεκριμένες αυθαίρετες κατασκευές ,που θα σημειώνονται στην κάτοψη ,θα αναφέρεται ότι έχουν τακτοποιηθεί σύμφωνα με το Ν. 4014/2011(ΦΕΚ 209 τ. Α)με την ημερομηνία της διαδικασίας, αποδεικνυόμενη από το έγγραφο του ΤΕΕ.		
3	Βεβαίωση του Ιδιώτη Μηχανικού στην οποία θα αναφέρονται, τα καθαρά εμβαδά(τετραγωνικά μέτρα)των χώρων κύριας χρήσης και λοιπών βοηθητικών χώρων (π .χ τουαλέτας ,αποθήκης ,εργαστηρίου κλπ),συνοδευόμενη από τα ακόλουθα: Α)Αντίγραφο της Άδειας Οικοδομής του Κτιρίου Β)Κάτοψη του καταστήματος, υπογεγραμμένη από τον Μηχανικό ,στην οποία θα αποτυπώνονται όλοι οι χώροι του καταστήματος(δηλαδή το καθαρό εμβαδό όλων των χώρων χωριστά) Γ)Τομή του καταστήματος, υπογεγραμμένη από τον Μηχανικό ,στην οποία θα αποτυπώνεται το καθαρά ύψος του.		
4	Βεβαίωση της αρμόδιας πυροσβεστικής υπηρεσίας ότι το κατάστημα διαθέτει σύστημα πυρασφάλειας ή επαρκή πυροσβεστικά μέσα.		

Ημερομηνία20.....

Ο/Η Αιτών/ούσα.

(Υπογραφή- Σφραγίδα)