



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
 ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε ΓΡΕΒΕΝΩΝ

ΓΡΕΒΕΝΑ, 01/07/2019
 Α. Π.: Εισερχ. 107930
 Α. Π. Αποστολέα: ΔΥ2
 Ημ/νία Αποστολής: 01/07/2019

Ταχ. Δνση : ΔΙΟΙΚΗΤΗΡΙΟ "Κ. ΤΑΛΙΑΔΟΥΡΗΣ"

Πληροφορίες : ΘΕΟΛΟΓΙΑ ΝΤΙΝΑ
 Τηλέφωνο : 2462353316
 Fax : 2462353180
 e-mail : t.ntina@grevena.pdm.gov.gr

Θέμα : ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΚΕΝΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΣΤΗΝ Π.Ε. ΓΡΕΒΕΝΩΝ
 ΚΑΤΑ ΤΗΝ 31^η ΜΑΪΟΥ 2019

ΔΗΜΟΣ/ΔΗΜ. ΕΝΟΤ./Τ.Κ Ή Δ.Κ.	ΜΟΝΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ 2011	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝΤ Α ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ
1.ΔΗΜΟΣ ΓΡΕΒΕΝΩΝ (Έδρα Γρεβενά)	25905			
α. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΒΔΕΛΛΑΣ	280			
Τοπική Κοινότητα Αβδέλλας	280	1	0	1
β. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΓΙΟΥ ΚΟΣΜΑ	870			
Τοπική Κοινότητα Αγίου Κοσμά	75	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Δασυλλίου	12	1	0	1

Τοπική Κοινότητα Καληράχης	125	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Καλλονής	6	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Κυδωνιών	104	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Κυπαρισσίου	43	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Μεγάρου	370	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Οροπεδίου	110	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Τρικόρφου	25	1	0	1
γ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΕΝΤΖΙΟΥ	1969			
Τοπική Κοινότητα Εξάρχου	110	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Κέντρου	232	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Κνίδης	610	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Παλαιοχωρίου	237	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Ποντινής	333	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Πυλωρών	69	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Σαρακήνας	378	1	0	1
δ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΟΡΓΙΑΝΗΣ	885			
Τοπική Κοινότητα Καλλιθέας	122	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Κηπουρείου	206	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Κρανέας	385	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Μικρολιβάδου	56	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Πηγαδίτσης	96	1	0	1
Τοπική Κοινότητα Σιταρά	20	1	0	1
ε. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	17610			
Δημοτική Κοινότητα Γρεβενών	13374	13	18	0
Τοπική Κοινότητα Αγίων Θεοδώρων	369	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Αμυγδαλεών	500	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Βατολάκκου	287	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Ελάτου	177	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Ελευθέρου	229	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Καλοχίου	106	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Κυρακαλής	130	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Μεγάλου Σειρηνίου	555	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Μυρσίνης	343	1	0	0

Τοπική Κοινότητα Ροδιάς	252	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Συδένδρου	194	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Φελλίου	1094	1	0	0
ζ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΟΤΣΙΚΟΥ	39			
Τοπική Κοινότητα Δοτσικού	39	1	0	1
η. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΡΑΚΛΕΩΤΩΝ	1890			
Τοπική Κοινότητα Αγίου Γεωργίου	452	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Αηδονιών	64	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Κιβωτού	417	1	1	0
Τοπική Κοινότητα Κληματακίου	82	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Κοκκινιάς	242	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Μηλέας	205	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Πολυδένδρου	172	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Ταξιάρχου	256	1	0	0
θ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΖΙΑΚΑ	1297			
Τοπική Κοινότητα Αλατόπετρας	76	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Αναβρυτών	23	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Ζιάκα	157	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Κοσματίου	134	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Λάβδα	49	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Μαυραναίων	289	1	1	0
Τοπική Κοινότητα Μοναχίου	98	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Πανοράματος	32	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Πολυνερίου	85	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Προσβόρου	39	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Σπηλαίου	187	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Τρικώμου	128	1	0	0
ι. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΕΣΟΛΟΥΡΙΟΥ	33			
Τοπική Κοινότητα Μεσολουρίου	33	1	0	1
κ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΒΟΛΙΟΥ	21			
Τοπική Κοινότητα Περιβολίου	21	1	0	1
λ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΑΜΑΡΙΝΑΣ	378			
Τοπική Κοινότητα Σαμαρίνας	378	1	0	1

μ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΜΙΞΗΣ	454			
Τοπική Κοινότητα Σμίξης	454	1	0	1
ν. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΦΙΛΙΠΠΑΙΩΝ	179			
Τοπική Κοινότητα Φιλιππαιών	179	1	0	1
2. ΔΗΜΟΣ ΔΕΣΚΑΤΗΣ (Έδρα : Δεσκάτη)	5852			
α. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΕΣΚΑΤΗΣ	4294			
Δημοτική Κοινότητα Δεσκάτης	3598	4	4	0
Τοπική Κοινότητα Δασοχωρίου	161	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Παλιουριάς	352	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Παναγίας	75	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Παρασκευής	108	1	0	0
β. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΧΑΣΙΩΝ	1558			
Τοπική Κοινότητα Καρπερού	913	1	1	0
Τοπική Κοινότητα Κατάκαλης	176	1	0	0
Τοπική Κοινότητα Τρικοκκιάς	469	1	0	0

Οι αιτήσεις για ίδρυση φαρμακείου υποβάλλονται κατά το πρώτο δεκαπενθήμερο του Ιουλίου 2019 τόσο ηλεκτρονικά στο e-mail t.ntina@grevena.pdm.gov.gr όσο και ιδιοχείρως από τον ενδιαφερόμενο στα γραφεία της Δ/σης Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας Π.Ε. Γρεβενών.

Ως προς τη σειρά προτεραιότητας ισχύουν τα κριτήρια του άρθρου 3 του Ν. 1963/1991

Σε περίπτωση υποβολής της αίτησης σε ημέρα αργίας ή ώρα κατά την οποία δε λειτουργούν οι Δημόσιες Υπηρεσίες, πρωτοκολλείται την αμέσως επόμενη εργάσιμη ημέρα.

Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ

ΘΕΟΛΟΓΙΑ ΝΤΙΝΑ


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 4281/14, 4272/14 & Γ5(β)/Γ.οικ 36277/20-05-2016 ΚΥΑ (ΦΕΚ 1445/ΤΒ΄/23-05-2016)

Προς:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	
	Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦ. ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΓΡΕΒΕΝΩΝ ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ-ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ			
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:	
Τηλ:		Fax:	
Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

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:	
Α.Δ.Τ.:		⁽¹⁾ Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη.	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις² που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Παρακαλούμε για τη χορηγία άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην Τοπική/Δημοτική Κοινότητα.....του Δήμου.....

(Αν ο αιτούμενος/αιτούμενη είναι ιδιώτης συμπληρώνει τα παρακάτω στοιχεία)

Ορίζω ως υπεύθυνο φαρμακοποιό για την λειτουργία του φαρμακείου της συγκεκριμένης άδειας

Στοιχεία υπεύθυνου/ης φαρμακοποιού			
Ο / Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλ:		Fax:	

Α.Δ.Τ.:		(1).
---------	--	------

Καταθέτω τα παρακάτω δικαιολογητικά

1.	

Ημερομηνία:- - 20.....

(Υπογραφή)

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 ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

1) Αίτηση (υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχείρως από τον Αιτούντα: α) φαρμακοποιό ή β) ιδιώτη μη φαρμακοποιό)

2) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής.

(Του αιτούντος φαρμακοποιού ή του οριζόμενου φαρμακοποιού από ιδιώτη.)

Για πτυχιούχους εξωτερικού:

α) χωρών Ε.Ε. πτυχίο -Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος σύμφωνα με την αντίστοιχη Κοινοτική οδηγία

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.

3) Αντίγραφο αδείας ασκήσεως επαγγέλματος η βεβαίωση άσκησης φαρμακοποιού στην Ελλάδα.

(Του αιτούντος φαρμακοποιού ή του οριζόμενου φαρμακοποιού από ιδιώτη.)

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).

(Του αιτούντος φαρμακοποιού και του οριζόμενου φαρμακοποιού από ιδιώτη.)

5) Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα (Να μην οφείλει στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία.)

6) Βεβαίωση πολυτεκνίας η τέκνο πολύτεκνης οικογένειας .

7) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: «δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβιασμό, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματος μου, 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».

8) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο « δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η 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».

9) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο έχω λάβει / δεν έχω λάβει ήδη ο ίδιος ή ο δηλωθείς από μένα φαρμακοποιός, άδεια ίδρυσης φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε, καθώς και έχω / δεν έχω 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.)

10) Γραμμάτιο παρακαταθήκης 6,00 € του ταμείου παρακαταθηκών και δανείων

11) Απόσπασμα ποινικού Μητρώου (**αυτεπάγγελτη αναζήτηση**).

12) Ένα φάκελο A4 με λάστιχο

Σημείωση:

Ο αιτών οφείλει εντός μηνός από την υποβολή της αίτησης να υποβάλει στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Γρεβενών ,ηλεκτρονικά, ή σε περίπτωση αδυναμίας του ιδιοχείρως ,ή με εκπρόσωπο δυνάμει εξουσιοδότησης θεωρημένης σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής, τα προβλεπόμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά. Σε διαφορετική περίπτωση η αίτηση παύει να ισχύει. Από τα παραπάνω δικαιολογητικά τα 4,5,6,10 να έχουν εκδοθεί εντός τριμήνου