



### 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)

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Προς:</b>                                    | <b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ</b><br><b>Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ</b><br><b>&amp; ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ</b><br><b>ΠΕΡΙΦ. ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΓΡΕΒΕΝΩΝ</b><br><b>ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ-ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ</b> | <b>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b> |  |
|   |  |  |  |
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ</b> |  |  |  |
| Ο / Η Όνομα:                                    |  | Επώνυμο:                               |  |
| Όνομα Πατέρα:                                   |  | Επώνυμο Πατέρα:                        |  |

|                                     |  |                  |  |
|-------------------------------------|--|------------------|--|
| Όνομα Μητέρας:                      |  | Επώνυμο Μητέρας: |  |
| A.Δ.Τ.ή Αρ.Διαβατηρ.:               |  | Αρχή έκδοσης:    |  |
| A.Φ.Μ.:                             |  | Επώνυμο Συζύγου: |  |
| Ημ/νία Γέννησης:                    |  | Τόπος Γέννησης:  |  |
| Τόπος Κατοικίας:                    |  | Οδός & Αριθμός:  |  |
| Τηλ:                                |  | Fax:             |  |
| Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail): |  |                  |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>(1)</sup> (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):</b> |  |  |  |
| Ο / Η Όνομα:   |  | Επώνυμο:   |  |
| Όνομα Πατέρα:  |  | Επώνυμο Πατέρα:  |  |
| Τόπος Κατοικίας:   |  | Οδός & Αριθμός:  |  |
| Τηλ:   |  | Fax:   |  |
| A.Δ.Τ.:  |  | <sup>(1)</sup> Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η, να |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>2</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Παρακαλούμε για τη χορηγήση 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:            |  |
| A.Δ.Τ.:                            |  | (1).            |  |

Καταθέτω τα παρακάτω δικαιολογητικά

|    |  |
|----|--|
| 1. |  |
|    |  |
|    |  |
|    |  |
|    |  |

Ημερομηνία: .....- ..... - 20.....

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 ιδιοχειρώς 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 πολυτεχνίας 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<sup>Α</sup> 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 Α4 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