



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

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 του Π.Δ. 64/2018 (ΦΕΚ 124/ τ Α´) του αρθ. 64 του Ν.4509/2017(ΦΕΚ 201/τ.Β´), άρθ. 30 του Ν. 4272/2014(ΦΕΚ Α´ 145) όπως τροποποιήθηκε με το άρθ. 29 του Ν.4715/2020

Προς (1):	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ. – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥ..... – ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥ.....:

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 ⁽²⁾ :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός	Αριθμός: Τ.Κ
Τηλ:		Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽³⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): 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

Ο / Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλ:		Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):	
Α.Δ.Τ.:			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁴ που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στην Δημοτική Κοινότητα.....της Δημοτικής Ενότητας του Δήμου⁽⁵⁾

ΚΑΣΤΟΡΙΑ
(Ημερομηνία)

Ο/Η ΑΙΤ.....

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως

(3) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή να παραλάβει και την τελική πράξη.(Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(4) «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 εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(5) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου, η δήλωση συνεχίζεται σε άλλο κατάλληλο σημείο του εντύπου της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ (εντός 30 ημερών)
Αίτηση (υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχείρως από τον αιτούντα)		
A. Για του φαρμακοποιούς		
1) Φωτοαντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής από Ελλάδα. Εάν πρόκειται για τίτλο αλλοδαπής υποχρεωτικά φέρει σφραγίδα της Χάγης, είναι μεταφρασμένος στην ελληνική και υποβάλλεται ο τίτλος και η μετάφραση σε αντίγραφα επικυρωμένα από δικηγόρο		
2) Φωτοαντίγραφο άδειας/βεβαίωσης ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού στην Ελλάδα		
3) Πιστοποιητικό στο οποίο να φαίνεται ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια ή την υπηκοότητα κράτους μέλους της Ε.Ε. (Το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικατασταθεί με φωτοτυπία της ταυτότητας εφόσον αναγράφεται σ' αυτή η ιθαγένεια).		
4) Πρωτότυπο Γραμμάτιο Συστάσεως Παρακαταθήκης 6,00 € του ΤΑΜΕΙΟΥ ΠΑΡΑΚΑΤΑΘΗΚΩΝ & ΔΑΝΕΙΩΝ (στο οποίο θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του αιτούντος και η Δημοτική Κοινότητα)		
5) Φορολογική ενημερότητα		
6) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: α. «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, κибδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού 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» β. «Δεν οφείλω στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία». 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 υποβάλλει αίτηση που εκκρεμεί για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης στην Περιφερειακή Ενότητα και σας επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων»		

<p>ε. «δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση» ή «κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και θα παραιτηθώ πριν ζητήσω την επιθεώρηση του νεοϊδρυθέντος φαρμακείου μου, 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»</p> <p>στ. «δεν διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών «προϊόντων ή διευθύνω φαρμακείο, φαρμακα-ποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών στο Δήμο.....».</p> <p>ζ. «Με την κατάθεση της παρούσας αίτησης δεν υπερβαίνω το μέγιστο αριθμό των τεσσάρων (04) αιτήσεων για την τρέχουσα περίοδο υποβολής (.....), όπως ορίζει το άρθρο 29*, του Ν. 4715/2020.»</p> <p>η. Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ/Η ΜΕ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΦΟΣΟΝ ΕΧΕΙ ΛΑΒΕΙ ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ</p> <p>ι. «Αποδέχομαι τη χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου στ.. Τοπική/ Δημοτική Κοινότητατης Δημοτικής Ενότητας και δηλώνω ότι είναι η μοναδική άδεια ίδρυσης φαρμακείου που αποδέχομαι για την τρέχουσα περίοδο υποβολής αιτήσεων (.....), σύμφωνα με το άρθρο 29 του Ν. 4715/2020.»</p> <p>ii. «Με την αποδοχή της παραπάνω θέσης δεν έχω υπερβεί, ούτε πρόκειται να υπερβώ το μέγιστο αριθμό των δέκα (10) αδειών ίδρυσης φαρμακείου, όπως ορίζει η παρ.3, άρθ.2, του Π.Δ. 64/2018 (Φ.Ε.Κ. 124/Α/11-07-2018).»</p>		
<p>Β. Για μη φαρμακοποιούς (πολίτες της Ελλάδας ή κράτους μέλους της Ε.Ε.) Η αίτηση συνοδεύεται, επί ποινή απαραδέκτου της αίτησης, από Υπεύθυνη Δήλωση του αιτούντα, στην οποία θα δηλώνει τα πλήρη στοιχεία του υπευθύνου φαρμακοποιού .</p>		
<p>1) Τα δικαιολογητικά που αναφέρονται για τους φαρμακοποιούς στην προηγούμενη παράγραφο με αριθμό 3, 4, 5 και από το 6 τις Υπεύθυνες Δηλώσεις α. β. γ. και δ.</p>		
<p>2) και για τον φαρμακοποιό που θα αναλάβει την υπευθυνότητα του φαρμακείου του και <u>τον οποίο έχει δηλώσει με συνημμένη Υπεύθυνη Δήλωση στην αίτησή του</u> , επί ποινή απαραδέκτου της αίτησης, απαιτούνται τα δικαιολογητικά που αναφέρονται για τους φαρμακοποιούς στην προηγούμενη παράγραφο με αριθμό 1, 2, 3, 5 και 6 (όλες οι Υπεύθυνες δηλώσεις).</p>		