



Α Ι Τ Η Σ Η - Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η

(άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 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 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ»

Προς ⁽¹⁾ :	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΤΑΣ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο - Η Όνομα:	Επώνυμο:		
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα Μητέρας:	Επώνυμο Μητέρας:		
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:	Α.Φ.Μ.:		
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :	Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:	Οδός:	Αριθ.:	ΤΚ.:
Τηλ.:	Fax:	Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	

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 γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:	ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:	ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:	ΑΡΙΘ.:	Τ.Κ.:
Τηλ.:	Fax:	E - mail:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽⁴⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Σας υποβάλλω τα απαραίτητα δικαιολογητικά και παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου
στη Δ.Κ Δ.Ε

του Δήμου

ΑΡΤΑ...../...../ 20.....

(6) Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

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

(Υπογραφή)

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

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(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.

**ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
1. Αντίγραφο Πτυχίου Φαρμακευτικής Σχολής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αντίγραφο Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος Φαρμακοποιού στην Ελλάδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Πιστοποιητικό από τον αιτούντα φαρμακοποιό ή μη στο οποίο να φαίνεται ότι έχει την Ελληνική Ιθαγένεια ή την υπηκοότητα κράτους μέλους της Ε.Ε. (το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικαθίσταται με υπεύθυνη δήλωση και φωτοτυπία της Αστυνομικής Ταυτότητας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Γραμμάτιο Παρακαταθήκης 6,00 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων(στο οποίο θα αναγράφεται ονοματεπώνυμο και Δημοτική Ενότητα ή Δημοτική / Τοπική ενότητα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 στην οποία δηλώνεται ο υπεύθυνος φαρμακοποιός για τη λειτουργία του φαρμακείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 από τον αιτούντα φαρμακοποιό ή μη, με το εξής κείμενο : να μην έχει καταδικασθεί 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 επαγγέλματος του, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Ποινικού Κώδικα όπως αυτός ισχύει ή να μην έχει καταδικασθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών του δικαιωμάτων ή να μην έχει παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 από τον αιτούντα φαρμακοποιό ή μη, με το εξής κείμενο : να μην οφείλει στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Φορολογική Ενημερότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86, από τον αιτούντα φαρμακοποιό ή μη με το εξής κείμενο : να μην του έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86, από τον υπεύθυνο για την λειτουργία του φαρμακείου φαρμακοποιό, με το εξής κείμενο : «δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση» ή «κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και θα παραιτηθώ πριν την έγκριση λειτουργίας του φαρμακείου»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 Ν 1599/86 από τον αιτούντα φαρμακοποιό ή μη με το εξής κείμενο : Δεν έχω άδεια ίδρυσης και λειτουργίας φαρμακείου σε άλλο Δήμο, Δημοτική Ενότητα ή Δημοτική Κοινότητα. ή Έχω..... (αριθμό αδειών) άδεια ίδρυσης και λειτουργίας φαρμακείου σε άλλο Δήμο, Δημοτική Ενότητα ή Δημοτική Κοινότητα (επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες) ή Έχω(αριθμό αδειών) άδεια ιδρύσεως φαρμακείου εν ισχύ (αποκλειστικής προθεσμίας του άρθρου 4 του Ν. 5607/32 (επισυνάπτονται οι σχετικές αιτήσεις)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Φάκελο με λάστιχο		