**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΧΑΪΑΣ**

**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ -ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ**

**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»**

(Σύμφωνα με τον ν. 4509/2017,ν. 4715/2020 και ΠΔ 64/2018)

«Άδεια ίδρυσης φαρμακείου τ… φαρμακοποιού/ιδιώτη ..………. …..................................................

για την Δημοτική/Τοπική Κοινότητα του Δήμου………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΑΧΑΪΑΣ**  **TMHMA ΦΑΡΜΑΚΩΝ -ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ** | **ΑΡΙΘΜ.**  **ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**  ……………………………… | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  …………………. |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ-ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ:** (φυσικό πρόσωπο ατομικής επιχείρησης ή εμπορική εταιρία )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Όνομα:** |  | **Επώνυμο:** |  |
| **Όνομα Πατέρα:** |  | **Επώνυμο Πατέρα:** |  |
| **Όνομα Μητέρας:** |  | **Επώνυμο Μητέρας:** |  |
| **Αριθ. Δελτ.**  **Ταυτότητας:\*** |  | **Α.Φ.Μ.** |  |
| **Αριθ.**  **Διαβατηρίου:\*** |  | **Ιθαγένεια:** |  |
| **Ημερομηνία**  **γέννησης** |  | **Τόπος Γέννησης:** |  |
| **Τόπος**  **Κατοικίας** |  | **Οδός:** |  |
| **ΤΚ:** |  | **Τηλέφωνο σταθερό :** |  |
| **Τηλέφωνο κινητό** |  | **E – mail:** |  |

**\***συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

**ΟΡΙΣΜΟΣ/ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ 1** (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικήςπράξης): Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκό-μιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Όνομα:** |  | **Επώνυμο:** |  |
| **Όνομα Πατέρα:** |  | **Επώνυμο Πατέρα:** |  |
| **Όνομα Μητέρας:** |  | **Επώνυμο Μητέρας:** |  |
| **Αριθ. Δελτ.**  **Ταυτότητας:\*** |  | **Α.Φ.Μ.** |  |
| **Αριθ.**  **Διαβατηρίου:\*** |  | **Ιθαγένεια:** |  |
| **Ημερομηνία**  **γέννησης** |  | **Τόπος Γέννησης:** |  |
| **Τόπος**  **Κατοικίας** |  | **Οδός:** |  |
| **ΤΚ:** |  | **Τηλέφωνο σταθερό :** |  |
| **Τηλέφωνο κινητό** |  | **E – mail:** |  |

**Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου** στην Δημοτική/Τοπική Κοινότητα…… …… ……. . ……. του Δήμου ………………………………………

**(αν ο αιτών είναι ιδιώτης συμπληρώνεται και το παρακάτω αλλιώς διαγράφεται )**

και ορίζω ως υπεύθυνο φαρμακοποιό τον …………………………………………. του …………………….

ο οποίος στην εταιρική σύνθεση της ΕΠΕ που θα συσταθεί μετά την χορήγηση της παρούσας άδειας θα μετέχει υποχρεωτικά ως εταίρος και με ποσοστό συμμετοχής τουλάχιστον 33% στο κεφάλαιο, τα κέρδη και τις ζημίες της εταιρείας, και ο/η φαρμακοποιός, ο/η οποίος/α έχει δηλωθεί σύμφωνα με το ΠΔ 64/2018 (ΦΕΚ124/Α΄/11-07-2018), υπεύθυνος/η για την λειτουργία του φαρμακείου.

Σας καταθέτω τα παρακάτω απαραίτητα δικαιολογητικά :

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

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

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 εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό

όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

ΠΑΤΡΑ …../……/2021 Ο/Η αιτών/ούσα

(Ημερομηνία)

(Σφραγίδα-υπογραφή)

|  |
| --- |
| Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:  1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση: …..  2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας …..  3. Να την παραλάβετε από ΚΕΠ.: ….  4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας ….  5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό: …. |

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

(Σύμφωνα με το ν. 4509/2017 και ΠΔ 64/2018)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ**  **ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ**  **ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ** | **ΘΑ**  **ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ**  **(σε 30 ημέρες)** |
| 1) Αίτηση (υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχείρως από τον  αιτούντα:α) αδειούχο φαρμακοποιό ή β) ιδιώτη μη φαρμακοποιό με ΕΠΕ ή με εκπρόσωπο δυνάμει εξουσιοδότησης θεωρημένης σύμφωνα με το  νόμο για το γνήσιο της υπογραφής. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 2) **Για τον φαρμακοποιό**: Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής,  Περί πτυχιούχων εξωτερικού  α)χωρών Ε.Ε. πτυχίο-‘Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος σύμφωνα με την αντίστοιχη Κοινοτική οδηγία Ε.Ε.  β)εκτός χωρών Ε.Ε. βεβαίωση αναγνώρισης ισοτιμίας –αντιστοιχίας πτυχίου από το ΔΟΑΤΑΠ,  Για τα ανωτέρω έγγραφα απαιτείται επίσημα σφραγισμένα και μεταφρασμένα: α)από την μεταφραστική υπηρεσία του Υπουργείου Εξωτερικών ή β)από εξουσιοδοτημένο μόνιμο δημόσιο υπάλληλο της αντίστοιχης Ελληνικής Προξενικής αρχής της χώρας έκδοσής τους ή γ) ή από πιστοποιημένο έλληνα δικηγόρο που έχει ορισθεί από τον δικηγορικό του σύλλογο και πληρούνται οι προϋποθέσεις του άρθρου 36 του ν.4194/2013(208Α) του κώδικα περί δικηγόρων ή δ) από πτυχιούχους μεταφραστές του Τμήματος Ξένων Γλωσσών, Μετάφρασης και Διερμηνείας του Ιονίου Πανεπιστημίου ή ε) από δημόσιες υπηρεσίες του εξωτερικού όπως το Υπουργείο Δικαιοσύνης, Εξωτερικών κ.α. με την Σφραγίδα της Χάγης APOSTILLE σε όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 3) Αντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού στην Ελλάδα. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 4). α) αδειούχο φαρμακοποιό **ή** ιδιώτη μη φαρμακοποιό  Πιστοποιητικό Δήμου ή Κοινότητας ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια ή την υπηκοότητα ενός των κρατών –μελών της Ε.Ε. (το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικαθίσταται με υπεύθυνη δήλωση και επίδειξη ή φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας) | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 5) αδειούχο φαρμακοποιό **ή** ιδιώτη μη φαρμακοποιό Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με τα εξής:  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 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**».  β)**δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης** ,  γ)**δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση**.  δ)**δεν οφείλω στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία.** | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 6) α) αδειούχο φαρμακοποιό ή ιδιώτη μη φαρμακοποιό: Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: «**έχω λάβει** ή **δεν έχω λάβει άδεια ιδρύσεως φαρμακείου**».(Εάν έχετε λάβει αναφέρατε τον αριθμό αυτών των αδειών, καθώς και εάν εκκρεμεί αίτηση για χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα και να επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις. )  β) «**δεν έχω υποβάλει πάνω από τέσσερις (4) αιτήσεις για χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου την τρέχουσα περίοδο σε όλες τις περιφερειακές ενότητες της Χώρας.**» (Εάν έχετε υποβάλει αίτηση για χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου την τρέχουσα περίοδο σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα επισυνάπτονται οι σχετικές αιτήσεις.) | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 7) α) αδειούχο φαρμακοποιό β) ιδιώτη μη φαρμακοποιό:  Απόσπασμα ποινικού Μητρώου **(αυτεπάγγελτη αναζήτηση).** |  | Χ |  |
| 8) α) αδειούχο φαρμακοποιό ή ιδιώτη μη φαρμακοποιό:  Φορολογική ενημερότητα | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 9)Γραμμάτιο παρακαταθήκης 6,00 € του ταμείου παρακαταθηκών και δανείων. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 10)Ένα φάκελο Α4 με λάστιχο. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |