

**ΑΙΤΗΣΗ -ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

|  |
| --- |
| 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) |

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ:<< **ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣHΣ ΦΑΡMAKEIOY >>**

 **(Σύμφωνα με το ν.4509/2017,ν.4715/2020 και Π.Δ. 64/2018)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ: (1) | ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝΠ.Ε ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ –ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :  |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:  |
| O-H Όνομα |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |   |
| Ημερομηνία Γέννησης(2): |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| ΑΦΜ: |  | Επώνυμο συζύγου: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ.: |  |
| Τόπος Κατοικίας |  | Οδός: |  | Αριθ.: |  | Τ.Κ.: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  | Δ/νση ΗλεκτρονικούΤαχυδρομείου (e-mail): |  |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)**  |
| Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα πατέρα: |  | Επώνυμο πατέρα: |  |
| Τόπος κατοικίας: |  | Οδός & Αριθμός: |  |
| Τηλ:  |  | Φαξ:  |  |
| ΑΔΤ:  |  | Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την ανωτέρω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική διοικητική πράξη |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22, του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

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

..........................................

Σας καταθέτω τα παρακάτω απαραίτητα δικαιολογητικά :

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

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

με ΑΔΤ ……………………………

ο οποίος στην εταιρική σύνθεση της ΕΠΕ που θα συσταθεί μετά την χορήγηση της παρούσας 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 Π.Δ 64/2018 (ΦΕΚ 124/Α΄/11-07-2018),υπεύθυνος /η για την λειτουργία του φαρμακείου

 (Ημερομηνία)…ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ………………………2021

 Ο/Η ΑΙΤ…………..

 (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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ****ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ****ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ** | **ΘΑ****ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ** |
| 1) Αίτηση (**υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχείρως από τον** **Αιτούντα:** α) αδειούχο φαρμακοποιό β) ιδιώτη μη φαρμακοποιόΜε ΕΠΕ ή εκπρόσωπο δυνάμει θεωρημένης σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο υπογραφής. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 2) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής ( Του αιτούντος φαρμακοποιού ή του οριζόμενου φαρμακοποιού από ιδιώτη.)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 από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από πιστοποιημένο δικηγόρο που έχει ορισθεί 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 ή βεβαίωση άσκησης φαρμακοποιού στην Ελλάδα, ή κράτους - μέλους της Ε.Ε | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 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) ή υπηκοότητα εντός εκτός των κρατών- μελών της Ε.Ε. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 5) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86: «δεν έχω 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 επαγγέλματός του, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Ποινικού Κώδικα, όπως αυτός ισχύει, ή να δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ’ υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων ή δεν έχω παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα» ή σε αντίθετη περίπτωση «…έχω καταδικαστεί για τις εξής αξιόποινες πράξεις…». | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 6)Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 : «δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση 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». | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 7)Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: α)« έχω λάβει ή δεν έχω λάβει στο παρελθόν άδεια ιδρύσεως και λειτουργίας φαρμακείου » , καθώς και εάν έχει 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 β)Δεν έχω υποβάλει πάνω από 4 αιτήσεις για χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου την τρέχουσα περίοδο σε όλες τις Π.Ε της χώρας(εάν έχετε υποβάλει αίτηση για χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου την τρέχουσα περίοδο σε οποιαδήποτε Π.Ε της χώρας επισυνάπτονται οι σχετικές αιτήσεις). |  􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 8)Απόσπασμα ποινικού Μητρώου **(αυτεπάγγελτη αναζήτηση).** |  | **V** |  |
| 9) Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα (Να μην οφείλει στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία. |  􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 10)Γραμμάτιο παρακαταθήκης 6,00 € του ταμείου παρακαταθηκών και δανείων. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 11)Βεβαίωση πολυτεκνίας η τέκνο πολύτεκνης οικογένειας | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 12)Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 13)Ένα φάκελο Α4 με λάστιχο. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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».

Τ.Ε.10/15