**

***ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ***

***ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ***

***ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΛΕΙΑΣ***

***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»**

**βάσει του Ν.4509/22-12-2017**

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

για την Τοπική Κοινότητα…………………………… του Δήμου ………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**  **TMHMA ΦΑΡΜΑΚΩΝ –ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ Π.Ε.ΗΛΕΙΑΣ** | **ΑΡΙΘΜ.**  **ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**  ……………………………… | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  …………………. |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Όνομα:** |  | | | | | **Επώνυμο:** | |  |
| **Όνομα Πατέρα:** |  | | | | | **Επώνυμο Πατέρα:** | |  |
| **Όνομα Μητέρας:** |  | | | | | **Επώνυμο Μητέρας:** | |  |
| **Αριθ. Δελτ.**  **Ταυτότητας:\*** |  | **Α.Φ.Μ.** | | | |  | **Αριθ.**  **Άδειας**  **Οδήγησης:\*** |  |
| **Αριθ.**  **Διαβατηρίου:\*** |  | **Αριθ. Βιβλιαρίου**  **Υγείας:\*** | | | |  | **Ιθαγένεια:** |  |
| **Ημερομηνία**  **γέννησης** |  | | | **Τόπος Γέννησης:** | |  | | |
| **Τόπος**  **Κατοικίας** | **Χώρα:** | |  | | | **Πόλη:** | |  |
| **Οδός:** |  | | **Αριθ:** | |  | **ΤΚ:** | |  |
| **Τηλ:** |  | | **Fax:** | |  | **E – mail:** | |  |

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ 1** (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δεν 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:** |  |

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

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

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».

ΠΥΡΓΟΣ …../……/201…. 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ**  **ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ**  **ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ** | **ΘΑ**  **ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ** |
| 1) Αίτηση (**υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχείρως από τον**  **Αιτούντα:** α) αδειούχο φαρμακοποιό | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 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 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: « 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 | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 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