**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΦΛΩΡΙΝΑΣ**

**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 των διατάξεων του Π.Δ. 64 /2018 (ΦΕΚ Α΄ 124)**

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

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ-ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | **Χώρα:** | **Πόλη:** |
| **Οδός:** | **Αριθ:** | **ΤΚ:** |
| **Τηλ:**  | **Fax:** | **E – mail:** |

|  |
| --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ 1 (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμισ 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:** |

1. Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στην Τοπική / Δημοτική

Κοινότητα ……………………… του Δήμου…………………………………………………..
2. Δηλώνω ότι εντός μηνός από την υποβολή της αίτησης θα υποβάλλω στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Φλώρινας, ηλεκτρονικά, ή σε περίπτωση αδυναμίας ιδιοχείρως ή με εκπρόσωπο δυνάμει εξουσιοδότησης θεωρημένης σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής, τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά.

ΦΛΩΡΙΝΑ …../……/201…. Ο/Η αιτών/ούσα

 (Ημερομηνία)

 (Σφραγίδα - υπογραφή)

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ****(εντός 30 ημερών)** |
| Αίτηση ΔΥ45 (υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχείρως από τον αιτούντα Ν.4281/2014 αρ.216 ΦΕΚ 160 τ.Α΄/8-8-2014) |
| **Α. Για του φαρμακοποιούς** |
| 1) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής |  |  |
| 2) Αντίγραφο αδείας 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 ο Δήμος ή η Δημοτική ενότητα ) |  |  |
| 5) Φορολογική ενημερότητα  |  |  |
| 6) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: α. «Δεν οφείλω στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία».β. «Δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμηση, για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματός μου, κιβδηλεία, 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»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»ε. «δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση» ή «κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και θα παραιτηθώ πριν ζητήσω την επιθεώρηση του νεοϊδρυθέντος φαρμακείου μου»ζ. «δεν διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών«προϊόντων ή διευθύνω φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών στο Δήμο …………………………………………………….». |  |  |
| **Β. Για μη φαρμακοποιούς (πολίτες της Ελλάδας ή κράτους** **μέλους της Ε.Ε.)** |
| 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.**
 |  |  |
| 1. και για τον φαρμακοποιό που θα αναλάβει την υπευθυνότητα του φαρμακείου του και τον οποίο έχει δηλώσει με συνημμένη Υπεύθυνη Δήλωση στην αίτησή του απαιτούνται τα δικαιολογητικά που αναφέρονται για τους φαρμακοποιούς στην προηγούμενη παράγραφο με αριθμό **1, 2, 3, 5 και 6 (όλες οι Υπεύθυνες δηλώσεις).**
 |  |  |

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.7/16

**Σημείωση:**

* Οι αιτήσεις για ίδρυση φαρμακείου υποβάλλονται κατά το χρονικό διάστημα από 1-2-2023 έως 15-2-2023 ηλεκτρονικά στο email: d.dykm@florina.pdm.gov.gr και σε περίπτωση αδυναμίας ιδιοχείρως από τον ενδιαφερόμενο στα γραφεία της Δ/νσης Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας Π.Ε. Φλώρινας, Διοικητήριο, Πτολεμαίων 1, 4ος όροφος.
* Ο αιτών οφείλει εντός μηνός από την υποβολή της αίτησης να υποβάλει στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Φλώρινας ,ηλεκτρονικά, ή σε περίπτωση αδυναμίας του ιδιοχείρως ,ή με εκπρόσωπο δυνάμει εξουσιοδότησης θεωρημένης σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής, τα προβλεπόμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά. Σε διαφορετική περίπτωση η αίτηση παύει να ισχύει.