**

**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 Δημοτική   
     
   Κοινότητα ……………………… του Δήμου…………………………………………………..
2. Συνημμένα σας υποβάλλω Υπεύθυνη Δήλωση με τα πλήρη στοιχεία του υπευθύνου φαρμακοποιού (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, αριθμό δελτίου αστυνομικής ταυτότητας, ημερομηνία κτήσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος).
3. 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 …../……/2023 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, άρ.216,  Φ.Ε.Κ. 160 τ.Α΄/08-08-2014) | | |
| **Α. Για τους φαρμακοποιούς:** | | |
| 1) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής (Υποβάλλεται απλό φωτοαντίγραφο πτυχίου από ελληνικό πανεπιστήμιο. Εάν πρόκειται για τίτλο της αλλοδαπής υποχρεωτικά φέρει σφραγίδα Χάγης, είναι μεταφρασμένος στην ελληνική και υποβάλλεται ο τίτλος και η μετάφρασή του σε αντίγραφα επικυρωμένα από δικηγόρο). |  |  |
| 2) Απλό φωτοαντίγραφο 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 εφ’ όσον αναγράφεται σ’ αυτή η ιθαγένεια). |  |  |
| 4) Πρωτότυπο Γραμμάτιο Συστάσεως Παρακαταθήκης 6,00€ του ΤΑΜΕΙΟΥ ΠΑΡΑΚΑΤΑΘΗΚΩΝ & ΔΑΝΕΙΩΝ για άδεια ίδρυσης φαρμακείου (στο οποίο θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του αιτούντος και ο Δήμος ή η Δημοτική ενότητα ) (Το Τ.Π.Κ.Δ. βρίσκεται Ακαδημίας 40, Αθήνα ή σε παράρτημα αυτού) |  |  |
| 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 από αυτή πριν ζητήσω την επιθεώρηση του νεοϊδρυθέντος φαρμακείου μου»  στ. «δε διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων»  **ή** «διευθύνω φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών στο Δήμο ………………….».  ζ. «Με την κατάθεση της παρούσας αίτησης δεν υπερβαίνω το μέγιστο αριθμό των τεσσάρων (04) αιτήσεων για την τρέχουσα περίοδο υποβολής (…………………….), όπως ορίζει το άρθρο 29\*,του Ν. 4715/2020.»  η. **Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ/Η ΜΕ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΦΟΣΟΝ ΕΧΕΙ ΛΑΒΕΙ ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ**  i. «Αποδέχομαι τη χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην Δημοτική Κοινότητα ………………του Δήμου…………………………… και δηλώνω ότι είναι η μοναδική άδεια ίδρυσης φαρμακείου που αποδέχομαι για την τρέχουσα περίοδο υποβολής αιτήσεων ………………………………………, σύμφωνα με το άρθρο 29 του Ν. 4715/2020.»  ii. «Με την αποδοχή της παραπάνω θέσης δεν έχω υπερβεί, ούτε πρόκειται να υπερβώ το μέγιστο αριθμό των δέκα (10) αδειών ίδρυσης φαρμακείου, όπως ορίζει η παρ.3, άρθ.2, του Π.Δ. 64/2018 (Φ.Ε.Κ. 124/Α/11-07-2018).» |  |  |
| **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. και σχετική Υπεύθυνη Δήλωση ορισμού του υπεύθυνου φαρμακοποιού.** |  |  |
| 1. Για το 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 ή μέσω του gov.gr.

2. Οι υπεύθυνες δηλώσεις φέρουν το γνήσιο υπογραφής των δηλούντων εκτός αν υπογράψουν ενώπιον του υπαλλήλου της υπηρεσίας κατάθεσης της αίτησης.

3. «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