

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΠΡΟΣ

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΚΙΛΚΙΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατέρα:.....

Όνομα Μητέρας:.....

Αρ. Αστυν. Ταυτότητας:.....

Ημ.έκδοσης:

Εκδ.αρχή:

Α.Φ.Μ.....

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σταθερό Τηλ.:

Κινητό Τηλ.:.....

Φαξ:

E-mail:

Τόπος κατοικίας

Πόλη:.....

Οδός- Αριθμός:.....

Ταχ. Κώδικας:.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια
ίδρυσης φαρμακείου στην Δημ.Κοιν.

.....
του Δήμου.....

Συνημμένα σας καταθέτω:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Ο/Η αιτών/ούσα

(υπογραφή)

Θέμα: Χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου

Κιλκίς,...../...../202.....

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα δικαιολογητικά, εκτός από την **αίτηση+υπεύθυνη δήλωση για τον υπεύθυνο φαρμακοποιό**, που θα υποβληθούν είναι τα εξής:

1. Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής ή ΔΟΑΤΑΠ. (**μόνο για φαρμακοποιούς**)
2. Αντίγραφο άδειας άσκησης φαρμακευτικού επαγγέλματος. (**μόνο για φαρμακοποιούς**)
3. Φωτοτυπία ταυτότητας ή διαβατηρίου κ.λ.π.(ελληνική ιθαγένεια ή υπηκοότητα ενός κράτους-μέλους της Ε.Ε.) για φαρμακοποιό ή μη φαρμακοποιό.
4. **Φορολογική ενημερότητα** για φαρμακοποιούς και μη φαρμακοποιούς **ΚΑΙ υπεύθυνη δήλωση στην**

οποία θα δηλώνεται ότι δεν οφείλει στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή

άλλη αιτία.

5. Υπεύθυνες δηλώσεις: **α)** «ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΤΕΙ ΑΜΕΤΑΚΛΗΤΑ ΓΙΑ ΕΓΚΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΗΘΩΝ, ΣΥΚΟΦΑΝΤΙΚΗ ΔΥΣΦΗΜΙΣΗ ΓΙΑ ΠΡΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ, ΚΙΒΔΗΛΕΙΑ, ΠΑΡΑΧΑΡΑΞΗ, ΠΑΡΑΒΑΣΗ ΚΑΚΟΥΡΓΗΜΑΤΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΤΩΝ ΝΟΜΩΝ ΠΕΡΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ, ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 187^Α ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ ΟΠΩΣ ΑΥΤΟΣ ΙΣΧΥΕΙ Ή ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΤΕΙ ΑΜΕΤΑΚΛΗΤΑ ΓΙΑ ΚΑΚΟΥΡΓΗΜΑ Ή ΚΑΘ'ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΠΛΗΜΜΕΛΗΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΠΕΒΛΗΘΗ Η ΣΤΕΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΜΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ Ή ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΡΑΠΕΜΦΘΕΙ ΜΕ ΑΜΕΤΑΚΛΗΤΟ ΒΟΥΛΕΥΜΑ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΔΙΚΗΜΑΤΑ», **β)** «ΔΕΝ ΕΧΩ ΤΙΜΩΡΗΘΕΙ ΓΙΑ ΠΑΡΑΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΜΕ ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ Ή ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗΣ» **και γ)** «ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΠΟ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΦΟΡΕΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ή ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΠΟ...(ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ Ο ΦΟΡΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΣΥΝΤΑΞΗ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ)

και επιπλέον δήλωσή τους για το αν έχουν λάβει οποτεδήποτε και οπουδήποτε (ο ίδιος ή ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός) άδεια ίδρυσης φαρμακείου σε άλλη Περιφερειακή Ενότητα, τον αριθμό αυτών των αδειών ή αν εκκρεμούν αιτήσεις τους για άδεια ίδρυσης σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα, το αναγράφουν στην Υ.Δ. και επισυνάπτουν και τις σχετικές άδειες ή αιτήσεις. Οι υπεύθυνες δηλώσεις εφόσον δεν κατατίθενται με αυτοπρόσωπη παρουσία πρέπει να είναι θεωρημένες για το γνήσιο της υπογραφής ή να έχουν εκδοθεί από την ιστοσελίδα www.gov.gr

6. Παράβολο από το Ταμείο Παρακαταθηκών & Δανείων, αξίας 5,87 ευρώ.

Σημ.: Οι ιδιώτες που θα κάνουν αίτηση, οφείλουν να καταθέσουν όλα τα δικαιολογητικά που τους αφορούν και προβλέπονται στο Π.Δ.64/18 τ.Α΄ΦΕΚ 124 καθώς και τα παραπάνω δικαιολογητικά για τον υπεύθυνο φαρμακοποιό, σύμφωνα με τα οποία θα γίνει η κρίση της θέσης.

