



Έδεσσα 29 Ιανουαρίου 2025

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**  
**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΕΛΛΑΣ**  
**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & Κ.Μ.**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΔΥΚΜ/ οικ. 71121(451)

## **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΤΗΣ Π.Ε. ΠΕΛΛΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ  
ΜΕ ΤΙΣ ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Σύμφωνα με:

1. Την υπ'αρ.2846/Β4-461/21-04-2023 Απόφαση της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΦΕΚ 2802/Β' /26-04-2023) «Αποτελέσματα της Απογραφής Πληθυσμού-Κατοικιών έτους 2021 που αφορούν στο Μόνιμο Πληθυσμό της Χώρας»,
2. Τις διατάξεις των: Ν.5607/32, Ν.1963/91, Ν.3918/11 άρ.36 παρ.3, Ν.4254/14 παρ.ΣΤ.υπ.ΣΤ1, Ν.4272/14 άρ.30, Ν.4281/14 άρ.217, το Ν.4509/17 άρ.64, Π.Δ.64/11-7-18, Ν.4558/18 άρ.5 παρ. 6 και το Ν. 4715/20 άρ. 29 όπως ισχύουν σήμερα.
3. Το με αρ. πρωτ. 3143/10-08-2020 έγγραφο του Π.Φ.Σ. σχετικό με τον Ν. 4715/20 άρ. 29 για «Νομοθετική ρύθμιση με την οποία επιβάλλονται όρια στον αριθμό αιτήσεων και τον αριθμό αδειών ίδρύσεως φαρμακείου που χορηγούνται ανά περίοδο ».
4. Την «Παροχή εξουσιοδότησης υπογραφής εγγράφων, αποφάσεων και άλλων πράξεων «ΜΕ ΕΝΤΟΛΗ ΑΝΤΙΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗ», σε Προϊστάμενους των Υπηρεσιών της Περιφερειακής Ενότητας Πέλλας της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας (ΦΕΚ 3600/Β/20-06-2024).

**Οι κενές θέσεις για ίδρυση φαρμακείων στην Π.Ε. Πέλλας που προέκυψαν μέχρι 31 Δεκεμβρίου 2024, είναι οι παρακάτω:**

	<b>ΜΟΝΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ</b>	<b>ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ</b>	<b>ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ</b>	<b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ</b>
<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΕΛΛΑΣ (Έδρα Έδεσσα)</b>	<b>126.740</b>			
<b>ΔΗΜΟΣ ΑΛΜΩΠΙΑΣ(Έδρα Αριδαία)</b>	<b>24.969</b>			

Δημοτική Κοινότητα Αλώρου	357	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Δωροθέας	483	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Λυκοστόμου	336	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Μεγαπλατάνου	452	0		1 σε αναμονή *
Δημοτική Κοινότητα Πιπεριών	447	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Σαρακηνών	398	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Θεοδωρακείου	488	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Θηριόπετρας	262	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Νερόμυλων	139	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Νότιας	295	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Περίκλειας	370	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Φιλωτείας	421	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Φούστανης	333	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Χρυσής	256	0	1	
<b>ΔΗΜΟΣ ΕΔΕΣΣΑΣ</b>	<b>26.407</b>			
Δημοτική Κοινότητα Γραμματικού	172	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Περαίας	309	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Βρυτών	376	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Καρυδιάς	843	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Νησίου	332	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Σωτήρας	458	0	1	

<b>ΔΗΜΟΣ ΠΕΛΛΑΣ</b>	<b>57.039</b>			
Δημοτική Κοινότητα Λάκκας	327	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Πλαγιαρίου	316	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Αγίου Γεωργίου	183	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Αγροσυκέας	201	0	1	
<b>ΔΗΜΟΣ ΣΚΥΔΡΑΣ</b>	<b>18.325</b>			
Δημοτική Κοινότητα Ανύδρου	338	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Κρανέας	64	0	1	
Δημοτική Κοινότητα Νέας Ζωής	128	0	1	

Οι κενές θέσεις που προκύπτουν σύμφωνα με το Ν.3918/11 άρ.36 παρ.4 και τροποποιήθηκε με το Ν.3984/11 αρ.70 παρ.2 « πλησίον Δημοσίων Νοσοκομείων και σε απόσταση 100 μέτρων εκατέρωθεν του μέσου της εξωτερικής κεντρικής πύλης του Νοσοκομείου και στις δύο οικοδομικές γραμμές της οδού επί της οποίας βρίσκεται η πύλη», είναι οι παρακάτω:

<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥΣΕΣ</b>	<b>ΚΕΝΕΣ</b>
ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	2	2

\* όπου αναφέρεται «αναμονή» σημαίνει ότι έχουν δοθεί οι θέσεις με τις δύο προηγούμενες ανακοινώσεις, και ισχύει η δέσμευση για 6 μήνες από την επίδοση, ώστε να καταρτιστεί το φαρμακείο.

**Επισημαίνουμε τα εξής:**

- Οι αιτήσεις θα υποβάλλονται ηλεκτρονικά ή ιδιοχείρως (ή από εκπρόσωπο με εξουσιοδότηση θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής ή εκδοθείσα μέσω της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης της Δημόσιας Διοίκησης).
- Σύμφωνα με τον Ν.4715/20 άρθρο 29 και όπως αναφέρεται στο σχετικό έγγραφο του Π.Φ.Σ. σε κάθε περίοδο υποβολής αιτήσεων, ο ενδιαφερόμενος έχει το δικαίωμα να υποβάλει συνολικά σε όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της Χώρας το ανώτερο τέσσερις(4) αιτήσεις για χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου επί ποινή ακυρώσεως όλων των αιτήσεων. Επίσης σε κάθε περίοδο υποβολής αιτήσεων χορηγείται μία(1) άδεια ίδρυσης φαρμακείου ανά αιτούντα, ανεξαρτήτως του αριθμού αιτήσεων που έχει υποβάλει. Αν του χορηγηθούν παραπάνω από μία, θα πρέπει να παραιτηθεί των υπολοίπων εντός της ταχθείσας προθεσμίας πέντε(5) εργάσιμων ημερών, επί

**ποινή ανάκλησης αυτεπαγγέλτως όλων των αδειών ίδρυσης.**

- Σχετικά με τη σειρά προτίμησης **συνολικά** μεταξύ φαρμακοποιών που επέδωσαν αίτηση για τη συγκεκριμένη θέση, η κρίση θα γίνει σύμφωνα με τον Ν.4509/17άρ.64 και του Ν.4999/22 άρ.50.
- Σε εφαρμογή του άρθ. 29 παρ.3 του Ν.4715/20, ο ενδιαφερόμενος οφείλει εντός μηνός από την υποβολή της αίτησης να υποβάλλει όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Αν δεν υποβληθούν, η αίτηση ακυρώνεται.  
Σε δεύτερο χρόνο και με δεδομένο ότι έχουν ολοκληρωθεί οι φάκελοι, θα ακολουθήσει η κρίση σύμφωνα με τον ισχύον Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας.
- **Ημερομηνία υποβολής αιτήσεων από 01 έως 15 Φεβρουαρίου 2025 και ώρα 15:00.  
(Ν.4272/14/άρ.30)**
- Οι ηλεκτρονικές αιτήσεις θα υποβάλλονται στην ηλεκτρονική διεύθυνση **ddygeiaspellas@pella.gr**

Πληροφορίες στα τηλέφωνα 23813 51276, και 23813 51231.

Μ.Ε.Π.

Η Αναπληρώτρια Προϊσταμένη  
Διεύθυνσης

**ΕΛΕΝΗ Α. ΚΑΡΑΝΤΩΝΗ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

**ΠΡΟΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΕΛΛΑΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου  
στην Δ.Κ. ....  
του Δήμου.....

Όνομα Πατέρα:.....

Όνομα Μητέρας:.....

Αρ. Αστυν. Ταυτότητας:.....

Ημ. έκδοσης: .....

Εκδ. αρχή: .....

Α.Φ.Μ.....

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σταθερό Τηλ.: .....

Κινητό Τηλ.:.....

Φαξ: .....

E-mail: .....

Τύπος κατοικίας

Πόλη:.....

Οδός- Αριθμός:.....

Ταχ. Κώδικας:.....

Συνημμένα σας καταθέτω:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Ο/Η αιτών/ούσα

(υπογραφή)

**Θέμα: Χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου**

**Έδεσσα,...../...../202.....**

Με σεβασμό στα προσωπικά σας δεδομένα, η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, υπό την ιδιότητά της ως υπεύθυνος επεξεργασίας, ενημερώνει, σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ενώσεως και τις οικείες διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, το φυσικό πρόσωπο ότι επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν, για το σκοπό της διεκπεραίωσης της αίτησης, κατά τα κατωτέρω αναφερόμενα.

Ειδικότερα, τα στοιχεία επικοινωνίας του υπεύθυνου επεξεργασίας είναι τα εξής: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ, με έδρα τη Θεσσαλονίκη (26ης Οκτωβρίου 64, Τ.Κ. 54627), τηλ.. 2313 330052, 2313 330918, 2313 325449, email: [info@pkm.gov.gr](mailto:info@pkm.gov.gr) . Η υπηρεσία μας έχει ορίσει υπεύθυνο προστασίας δεδομένων, η ηλεκτρονική διεύθυνση του οποίου είναι η εξής: [dpo@pkm.gov.gr](mailto:dpo@pkm.gov.gr)

Τα δεδομένα που συλλέγουμε με την παραπάνω αίτηση είναι δεδομένα όπως Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Κλάδος, Ειδικότητα, Βαθμός, Υπηρεσία, στοιχεία επικοινωνίας και υπόκεινται σε επεξεργασία από την υπηρεσία μας και τους εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους αυτής, όπως ενδεχομένως και από άλλα πρόσωπα, όπως είναι δικηγόροι, συμβολαιογράφοι και δικαστικοί επιμελητές, υπό τον όρο της τηρήσεως σε κάθε περίπτωση του επαγγελματικού απορρήτου και του καθήκοντος εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας. Η επεξεργασία των εν λόγω δεδομένων είναι απαραίτητη για την εκπλήρωση καθήκοντος που εκτελείται προς το δημόσιο συμφέρον.

Τα δεδομένα αυτά δεν διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες ή διεθνείς οργανισμούς. Τα δεδομένα διατηρούνται για όσο διάστημα είναι απαραίτητο για την διεκπεραίωση της αίτησης και στη συνέχεια αρχαιοθετούνται, εις το διηνεκές, λαμβάνονται δε τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα προστασίας τους, σύμφωνα με το νόμο. Η παροχή των εν λόγω δεδομένων είναι απαραίτητη για την παρούσα αίτηση και αν δεν τα παρέχετε, δεν θα είναι δυνατή η διεκπεραίωσή της.

Σας ενημερώνουμε, επιπλέον, ότι, ως υποκείμενα των δεδομένων, έχετε τα εξής δικαιώματα:

1. Να γνωρίζετε ποια δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν τηρεί και επεξεργάζεται η Υπηρεσία μας, όπως και την προέλευσή τους (δικαίωμα προσβάσεως).
2. Να ζητήσετε τη διόρθωση ή/και συμπλήρωση αυτών ώστε να είναι πλήρη και ακριβή, προσκομίζοντας κάθε απαραίτητο έγγραφο από το οποίο προκύπτει η ανάγκη συμπληρώσεως ή διορθώσεως (δικαίωμα διορθώσεως), που συγχρόνως αποτελεί και υποχρέωση σας.
3. Να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων σας (δικαίωμα περιορισμού).
4. Να αρνηθείτε ή/και να εναντιωθείτε σε οποιαδήποτε περαιτέρω επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας που τηρεί η Υπηρεσία μας (δικαίωμα εναντιώσεως).
5. Να ζητήσετε τη διαγραφή των δεδομένων μας από τα αρχεία της Υπηρεσία μας (δικαίωμα στη λήθη).

Σημειώνεται ότι η ικανοποίηση των υπό γ, δ και ε αιτημάτων, εφόσον αφορούν σε δεδομένα που είναι απαραίτητα για την επεξεργασία ή τη συνέχιση και ικανοποίηση του αιτήματός σας, ανεξάρτητα εάν χορηγήθηκαν από εσάς ή εάν αποκτήθηκαν από οποιαδήποτε δημόσια πηγή, συνεπάγεται την αυτοδίκαιη εκ μέρους της Υπηρεσίας μας μη δυνατότητα εξετάσεως του αιτήματός σας.

Περαιτέρω, η Υπηρεσία μας έχει σε κάθε περίπτωση δικαίωμα να αρνηθεί το αίτημα για περιορισμό της επεξεργασίας ή διαγραφή των δεδομένων σας εάν η επεξεργασία ή η τήρηση των δεδομένων είναι απαραίτητη για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη εννόμου συμφέροντός της, νόμιμων δικαιωμάτων της ή τη συμμόρφωσή της με έννομες υποχρεώσεις της σύμφωνα με τα υπό 1 και 3 ανωτέρω αναφερόμενα. Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται είτε με την αποστολή επιστολής στην ως άνω ταχυδρομική διεύθυνση της υπηρεσίας μας, είτε με ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ηλ. ταχυδρομείου: [dpo@pkm.gov.gr](mailto:dpo@pkm.gov.gr).

Έχετε το δικαίωμα να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα για ζητήματα που αφορούν την επεξεργασία προσωπικών σας δεδομένων. Για την αρμοδιότητα της Αρχής και τον τρόπο υποβολής καταγγελίας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της [www.dpa.gr](http://www.dpa.gr) -> Τα δικαιώματά μου -> Υποβολή καταγγελίας), όπου υπάρχουν αναλυτικές πληροφορίες.

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

1. Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής ή ΔΟΑΤΑΠ. **(του φαρμακοποιού ή του υπεύθυνου φαρμακοποιού)**
  2. Αντίγραφο άδειας άσκησης φαρμακευτικού επαγγέλματος. **(του φαρμακοποιού ή του υπεύθυνου φαρμακοποιού)**
  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** ότι: **«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<sup>Α</sup> 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» και «ΔΕΝ ΕΧΩ ΤΙΜΩΡΗΘΕΙ ΓΙΑ ΠΑΡΑΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΜΕ ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ Ή ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗΣ και ΔΕΝ ΚΑΤΕΧΩ ΔΗΜΟΣΙΑ Η ΊΔΙΩΤΙΚΗ ΘΕΣΗ» **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 και **Υ.Δ. ότι** « δεν έχω υποβάλλει πάνω από τέσσερις (4) αιτήσεις για χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου την τρέχουσα περίοδο σε όλες τις περιφερειακές ενότητες της Χώρας».**
- **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](http://www.gov.gr).**

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

**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.**