

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

1) Πτυχίο φαρμακευτικής σχολής.

(οι πτυχιούχοι εξωτερικού αντίγραφο επικυρωμένο ξενόγλωσσου πτυχίου με επισυναπτόμενη επίσημη μετάφραση από το Υπουργείο εξωτερικών, ή από πιστοποιημένο δικηγόρο – σφραγίδα της Χάγης APOSTILLE σε όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα ή αναγνώριση ισοτιμίας/αντιστοιχίας πτυχίου από ΔΟΑΤΑΠ)

2) Άδεια άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού στην Ελλάδα.

3) Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας.

4) Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 ότι:

- δεν έχω καταδικαστεί για καμία αξιόποινη πράξη ή για πράξη που έχει σχέση με την άσκηση της επαγγελματικής μου ιδιότητας,
- δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης,
- δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση, για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του φαρμακευτικού επαγγέλματος, κιβδηλεία παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Π.Κ. όπως αυτός ισχύει. Δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων, δεν έχω παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα,
- δεν λαμβάνω πλήρη σύνταξη από το δημόσιο, το ΤΣΑΥ ή από οιονδήποτε άλλο φορέα κοινωνικής ασφάλισης, δεν λαμβάνω σύνταξη για λόγους υγείας ή δεν έχω συμπληρώσει τις προϋποθέσεις πλήρους συνταξιοδότησης.

5) Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86,

στην οποία δηλώνει

- αν κατέχει ή όχι δημόσια ή ιδιωτική θέση (σε θετική περίπτωση, ότι θα παραιτηθεί από αυτήν),
- αν κατέχει ή όχι άλλη άδεια ίδρυσης ή λειτουργίας φαρμακείου (σε θετική περίπτωση να επισυνάψει τις σχετικές άδειες),
- αν διευθύνει άλλο φαρμακείο ή φαρμακαποθήκη,
- αν έχει υποβάλει αίτηση σε άλλη Περιφερειακή Ενότητα της χώρας για άδεια ίδρυσης φαρμακείου (σε θετική περίπτωση να επισυνάψει τη σχετική αίτηση).

6) Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86,

στην οποία ο αιτών δηλώνει τα πλήρη στοιχεία του φαρμακοποιού που διαθέτει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού και που θα είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία του φαρμακείου.

7) Γραμμάτιο παρακαταθήκης 6,00 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων.

8) Φορολογική και Ασφαλιστική ενημερότητα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (1)

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι:

- δεν έχω καταδικαστεί για καμία αξιόποινη πράξη ή για πράξη που έχει σχέση με την άσκηση της επαγγελματικής μου ιδιότητας,
- δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης,
- δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση, για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του φαρμακευτικού επαγγέλματος, κιβδηλεία παραχάραξη, παράβαση κακούργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Π.Κ. όπως αυτός ισχύει Δεν έχω καταδικαστεί 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,
- δεν λαμβάνω πλήρη σύνταξη από το δημόσιο, το ΤΣΑΥ ή από οιονδήποτε άλλο φορέα κοινωνικής ασφάλισης, δεν λαμβάνω σύνταξη για λόγους υγείας ή δεν έχω συμπληρώσει τις προϋποθέσεις πλήρους συνταξιοδότησης.

Ηράκλειο,/...../20.....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή/σφραγίδα)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(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 εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (2)

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι:

- κατέχω / δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση,
- κατέχω / δεν κατέχω άλλη άδεια ίδρυσης ή λειτουργίας φαρμακείου,
- διευθύνω / δεν διευθύνω άλλο φαρμακείο ή φαρμακαποθήκη,
- έχω υποβάλει / δεν έχω υποβάλει αίτηση σε άλλη Περιφερειακή Ενότητα της χώρας για άδεια ίδρυσης φαρμακείου.
- Επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και αιτήσεις ίδρυσης φαρμακείου.

Ηράκλειο,/...../20.....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή/σφραγίδα)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(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 εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (3)

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

υπεύθυνος/η φαρμακοποιός για το φαρμακείο μου που θα λειτουργήσει στην Τοπική/Δημοτική Κοινότητα..... της Δημοτικής Ενότητας..... του Δήμου.....

θα είναι ο/η.....ΤΟΥ.....

με Α.Δ.Τ.

κάτοικος (δ/ση).....

και διαθέτει την με αρ. άδεια ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού.

Ηράκλειο,/...../20.....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή/σφραγίδα)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(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 εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.