



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΛΑΣΙΘΙΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ,
ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

Άγιος Νικόλαος, 5.06.2025

Αριθ. Πρωτ.: 185013

Ταχ. Δ/ση: Άγιος Νικόλαος
Ταχ. Κώδικας: 721 00
Πληροφορίες: Χρ. Ζαχαροπούλου
Email: zacharopoulou@crete.gov.gr
Τηλέφωνο: 2841340375,380

ΘΕΜΑ: Ανάρτηση κατά την 31-05-2025 των υπαρχουσών κενών θέσεων φαρμακείων για τη χορήγηση αδειών ίδρυσης φαρμακείων της Π. Ε. Λασιθίου, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 36 του Ν. 3918/2011 (Φ.Ε.Κ. 31/Α'/02-03-2011), τις διατάξεις του άρθρου 30 του Ν. 4272/2014 (Φ.Ε.Κ. 145/Α'), τις διατάξεις της υποπαρ. ΣΤ.1 του Ν.4254/2014 (Φ.Ε.Κ. 58/Α'), τις διατάξεις του Ν. 4281/08-08-2014 των άρθρων 216, 217, 218 και 219 (Φ.Ε.Κ. 160/Α'), τις διατάξεις του άρθρου 64 του Ν. 4509/22-12-2017 (Φ.Ε.Κ. 201/Α'), του Π.Δ. 64/2018 (Φ.Ε.Κ. 124/Α'), τις διατάξεις του άρθρου 29 του Ν. 4715/2020 (Φ.Ε.Κ. 149/Α') και τις διατάξεις του άρθρου 50 του Ν. 4999/2022 (Φ.Ε.Κ. 225/Α'), όπως όλα τα ανωτέρω έχουν τροποποιηθεί και ισχύουν και έχοντας υπόψη την υπ. αριθμ. πρωτ. 2846/Β4-461/21-04-2023 Απόφαση της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (Φ.Ε.Κ. 2802/Β'/26-04-2023) «Αποτελέσματα της απογραφής Πληθυσμού-κατοίκων του έτους 2021 που αφορούν στο Μόνιμο Πληθυσμό της Χώρας».

- Σύμφωνα με τις ανωτέρω διατάξεις, καλούνται οι ενδιαφερόμενοι για την κάλυψη των κενών θέσεων αδειών ίδρυσης φαρμακείων της Περιφερειακής Ενότητας Λασιθίου, να υποβάλλουν ηλεκτρονικά τις αιτήσεις τους μέσω του Οδηγού του Πολίτη από την επίσημη ιστοσελίδα τη Περιφέρειας Κρήτης (www.crete.gov.gr) ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε ένα από τα παρακάτω **e-mail**:
zacharopoulou@crete.gov.gr
moisaki@crete.gov.gr
marnelakis.a@crete.gov.gr
Σε περίπτωση αδυναμίας του αιτούντος να υποβάλει την αίτηση ηλεκτρονικά, η κατάθεση της τελευταίας γίνεται ιδιοχειρώς από αυτόν ή από εκπρόσωπο με εξουσιοδότηση, θεωρημένη σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής ή εκδοθείσα μέσω της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης της Δημόσιας Διοίκησης, στη Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας της Π.Ε. Λασιθίου. Οι ενδιαφερόμενοι έχουν το δικαίωμα να υποβάλλουν συνολικά σε όλες τις περιφερειακές ενότητες της χώρας το ανώτερο τέσσερις (4) αιτήσεις για χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου, επί ποινή ακυρώσεως του συνόλου των αιτήσεων.
- Η κάθε αίτηση χορήγησης άδειας ίδρυσης φαρμακείου συνοδεύεται υποχρεωτικά από υπεύθυνη δήλωση (Υ.Δ. 3) του αιτούντα (θεωρημένες και οι δύο σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής ή εκδοθείσα μέσω της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης της Δημόσιας Διοίκησης), στην οποία αυτός/ή δηλώνει τα πλήρη στοιχεία του φαρμακοποιού, που διαθέτει άδεια άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού, και θα είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία του κάθε φαρμακείου ακόμη κι εάν είναι ο ίδιος. Δεν μπορεί να δηλώνεται φαρμακοποιός ως υπεύθυνος για περισσότερα από ένα φαρμακεία.
- Ο/Η αιτών/ούσα οφείλει εντός μηνός, από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης και της υπεύθυνης δήλωσης υπεύθυνου φαρμακοποιού να υποβάλει στην Δ/ση Δημ. Υγείας & Κ. Μέριμνας της Π.Ε. Λασιθίου, ηλεκτρονικά ή σε περίπτωση αδυναμίας του ιδιοχειρώς ή από εκπρόσωπο με εξουσιοδότηση, θεωρημένη σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής ή εκδοθείσα μέσω της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης, τα κατά περίπτωση δικαιολογητικά. Σε διαφορετική περίπτωση, η αίτηση του παύει να ισχύει.
- Ο/Η αιτών/ούσα συνυποβάλλει υπεύθυνη δήλωση, όπου αναγράφει εάν έχει λάβει ο ίδιος ή ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός άδεια ίδρυσης φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε, τον αριθμό αυτών των αδειών, καθώς και αν έχει (ο ίδιος ή ο δηλωθείς υπεύθυνος φαρμακοποιός) αίτηση που εκκρεμεί για τη χορήγηση άλλης ίδρυσης σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα. Σε περίπτωση που υφίσταται άδεια ίδρυσης ή στην περίπτωση που εκκρεμεί αίτηση για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης, στην υπεύθυνη δήλωση αναγράφονται και επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις.

- Σε κάθε περίοδο υποβολής των αιτήσεων **χορηγείται μία (1) άδεια ίδρυσης φαρμακείου ανά αιτούντα**, ανεξαρτήτως του αριθμού αιτήσεων που έχει υποβάλει. Στην περίπτωση που χορηγηθούν παραπάνω από μία (1) άδειες ίδρυσεως φαρμακείου, ο ενδιαφερόμενος υποχρεούται να παραιτηθεί των υπολοίπων εντός αποκλειστικής προθεσμίας πέντε (5) εργάσιμων ημερών από την κοινοποίηση σε αυτόν των εν λόγω αποφάσεων του οικείου Περιφερειάρχη περί χορηγήσεως άδειας ίδρυσεως φαρμακείου. Σε διαφορετική περίπτωση, ανακαλείται αυτεπαγγέλτως το σύνολο των αδειών ίδρυσεως φαρμακείου που έχουν χορηγηθεί στον εν λόγω φαρμακοποιό.
- Οι αιτήσεις θα εξεταστούν σύμφωνα με το άρθρο 3 (Σειρά προτιμήσεως) του Ν. 1963/91 (Φ.Ε.Κ. 138/Α), όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 64 «Άδεια Ίδρυσης Φαρμακείου» του Ν. 4509/2017 (Φ.Ε.Κ. 201/Α) και τροποποιήθηκε με το άρθρο 50 του Ν. 4999/2022 (Φ.Ε.Κ. 225/Α) και σε σχετική περίπτωση η υπηρεσία επιφυλάσσεται να ζητήσει επιπλέον δικαιολογητικά.
- Σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, **η υποβολή αιτήσεων γίνεται το πρώτο δεκαπενθήμερο του μηνός Ιουλίου του έτους 2025.**
Συγκεκριμένα:
 - εάν ο/η ενδιαφερόμενος/η επιλέξει την ηλεκτρονική διαδικασία, μέσω του Οδηγού του Πολίτη ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, θα μπορεί να υποβάλει την αίτησή του από 01-07-2025 με καταληκτική ημερομηνία 15.07.2025 και ώρα 23:59 μ.μ.
 - εάν ο/η ενδιαφερόμενος/η επιλέξει να υποβάλει την αίτησή του/της δια ζώσης, θα μπορεί να την υποβάλει από 01-07-2025 με καταληκτική ημερομηνία 15.07.2025 έως τις 15:30 μ.μ.

Ο ΑΝΤΙΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗΣ ΛΑΣΙΘΙΟΥ



ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ

Συν.: 1. Πίνακας Κενών Θέσεων Φαρμακείων Ν. Λασιθίου

2. Αίτηση χορήγησης άδειας ίδρυσης φαρμακείου

3. Τρείς (3) υπεύθυνες δηλώσεις

	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	Μόνιμος πληθυσμός	Αριθμός Λειτουργούντων Φαρμακείων	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
7093	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΑΣΙΘΙΟΥ (Έδρα: Άγιος Νικόλαος,ο)			
7094	ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ (Έδρα: Άγιος Νικόλαος,ο, Ιστορική έδρα: Νεάπολις,η)	27.785		
7095	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	21.562		
7096	Δημοτική Κοινότητα Αγίου Νικολάου	13.605	13	ΠΛΗΡΗΣ
7097	Δημοτική Κοινότητα Βρουχά	170	1	ΠΛΗΡΗΣ
7098	Δημοτική Κοινότητα Ελούντας	2.254	2	ΠΛΗΡΗΣ
7099	Δημοτική Κοινότητα Έξω Λακκωνίων	254		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7100	Δημοτική Κοινότητα Έξω Ποτάμων	52		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7101	Δημοτική Κοινότητα Ζενίων	31		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7102	Δημοτική Κοινότητα Καλού Χωρίου	1.197	1	ΠΛΗΡΗΣ
7103	Δημοτική Κοινότητα Κριτσάς	2.630	1	ΠΛΗΡΗΣ
7104	Δημοτική Κοινότητα Κρούστα	415		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7105	Δημοτική Κοινότητα Λιμνών	359		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7106	Δημοτική Κοινότητα Λούμα	45		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7107	Δημοτική Κοινότητα Μέσα Λακκωνίων	396		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7108	Δημοτική Κοινότητα Πρίνας	59		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7109	Δημοτική Κοινότητα Σκινιά	95		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7110	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΡΑΧΑΣΙΟΥ	1.903		
7111	Δημοτική Κοινότητα Βραχασίου	1.903	1	ΠΛΗΡΗΣ
7112	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	4.320		
7113	Δημοτική Κοινότητα Νεαπόλεως	2.889	4	ΠΛΗΡΗΣ
7114	Δημοτική Κοινότητα Αγίου Αντωνίου	22		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7115	Δημοτική Κοινότητα Βουλισμένης	329		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7116	Δημοτική Κοινότητα Βρυσών	178		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7117	Δημοτική Κοινότητα Καρυδίου Μιραμπέλλου	89		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7118	Δημοτική Κοινότητα Καστελλίου Φουρνής	88		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7119	Δημοτική Κοινότητα Λατσιδάς	259		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7120	Δημοτική Κοινότητα Νικηθιανού	55		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7121	Δημοτική Κοινότητα Φουρνής	236		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7122	Δημοτική Κοινότητα Χουμεριάκου	175		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7123	ΔΗΜΟΣ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ (Έδρα: Ιεράπετρα,η)	27.338		
7124	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	24.749		
7125	Δημοτική Κοινότητα Ιεράπετρας	17.710	21	ΠΛΗΡΗΣ
7126	Δημοτική Κοινότητα Αγίου Ιωάννου	1.154	1	ΠΛΗΡΗΣ
7127	Δημοτική Κοινότητα Ανατολής	1.584	1	ΠΛΗΡΗΣ
7128	Δημοτική Κοινότητα Γδοχίων	30		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7129	Δημοτική Κοινότητα Καβουσίου	539		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7130	Δημοτική Κοινότητα Καλαμαύκας	383		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7131	Δημοτική Κοινότητα Κάτω Χωρίου	969	1	ΠΛΗΡΗΣ
7132	Δημοτική Κοινότητα Μακρυλιάς	120		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ

7133	Δημοτική Κοινότητα Μαλών	388		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7134	Δημοτική Κοινότητα Μεσελέρων	127		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7135	Δημοτική Κοινότητα Μεταξοχωρίου	5		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7136	Δημοτική Κοινότητα Μουρνιών	74		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7137	Δημοτική Κοινότητα Μύθων	128		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7138	Δημοτική Κοινότητα Μύρτου	518	1	ΠΛΗΡΗΣ
7139	Δημοτική Κοινότητα Παχείας Άμμου	827	1	ΠΛΗΡΗΣ
7140	Δημοτική Κοινότητα Ρίζης	74		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7141	Δημοτική Κοινότητα Χριστού	119		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7142	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΑΚΡΥ ΓΙΑΛΟΥ	2.589		
7143	Δημοτική Κοινότητα Σταυροχωρίου	879	1	ΠΛΗΡΗΣ
7144	Δημοτική Κοινότητα Αγίου Στεφάνου	900	1	ΠΛΗΡΗΣ
7145	Δημοτική Κοινότητα Ορεινού	314		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7146	Δημοτική Κοινότητα Σχινοκαψάλων	496		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7147	ΔΗΜΟΣ ΟΡΟΠΕΔΙΟΥ ΛΑΣΙΘΙΟΥ (Έδρα: Τζερμιάδον,το)	2.258		
7148	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΟΡΟΠΕΔΙΟΥ ΛΑΣΙΘΙΟΥ	2.258		
7149	Δημοτική Κοινότητα Τζερμιάδου	609	1	ΠΛΗΡΗΣ
7150	Δημοτική Κοινότητα Αβρακόντε	182		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7151	Δημοτική Κοινότητα Αγίου Γεωργίου Λασιθίου	544	1	ΠΛΗΡΗΣ
7152	Δημοτική Κοινότητα Αγίου Κωνσταντίνου	82		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7153	Δημοτική Κοινότητα Καμινακίου	222		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7154	Δημοτική Κοινότητα Κάτω Μετοχίου	107		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7155	Δημοτική Κοινότητα Λαγού	62		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7156	Δημοτική Κοινότητα Μαρμακέτου	45		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7157	Δημοτική Κοινότητα Μέσα Λασιθίου	96		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7158	Δημοτική Κοινότητα Πλάτης	107		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7159	Δημοτική Κοινότητα Ψυχρού	202		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7160	ΔΗΜΟΣ ΣΗΤΕΙΑΣ (Έδρα: Σητεία,η)	20.438		
7161	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΗΤΕΙΑΣ	15.615		
	Δημοτική Κοινότητα Σητείας	11.166	11	ΜΙΑ ΘΕΣΗ (1) (ΚΑΤ' ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΥΠΟΠ. ΣΤ.1, ΑΡΘΡΟΥ1, Ν. 4254/14), ΠΛΗΣΙΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΕΩΣ 100 ΜΕΤΡΑ ΕΚΑΤΕΡΩΘΕΝ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΤΗΣ ΕΞΩΤ. ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΠΥΛΗΣ)
7163	Δημοτική Κοινότητα Αγίου Γεωργίου Σητείας	111		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ
7164	Δημοτική Κοινότητα Αχλαδίων	237		ΚΕΝΗ ΘΕΣΗ

7165	Δημοτική Κοινότητα Έξω Μουλιανών	232		KENH ΘΕΣΗ
7166	Δημοτική Κοινότητα Κατσιδωνίου	68		KENH ΘΕΣΗ
7167	Δημοτική Κοινότητα Κρυών	97		KENH ΘΕΣΗ
7168	Δημοτική Κοινότητα Λάστρου	120		KENH ΘΕΣΗ
7169	Δημοτική Κοινότητα Μαρωνίας	124		KENH ΘΕΣΗ
7170	Δημοτική Κοινότητα Μέσα Μουλιανών	320		KENH ΘΕΣΗ
7171	Δημοτική Κοινότητα Μυρσίνης	162		KENH ΘΕΣΗ
7172	Δημοτική Κοινότητα Πισκοκεφάλου	820	1	ΠΛΗΡΗΣ
7173	Δημοτική Κοινότητα Πραισού	114		KENH ΘΕΣΗ
7174	Δημοτική Κοινότητα Ρούσσας Εκκλησίας	306		KENH ΘΕΣΗ
7175	Δημοτική Κοινότητα Σκοπής	660	1	ΠΛΗΡΗΣ
7176	Δημοτική Κοινότητα Σταυρωμένου	135		KENH ΘΕΣΗ
7177	Δημοτική Κοινότητα Σφάκας	323		KENH ΘΕΣΗ
7178	Δημοτική Κοινότητα Τουρλωτής	386	1	ΠΛΗΡΗΣ
7179	Δημοτική Κοινότητα Χαμεζίου	234		KENH ΘΕΣΗ
7180	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΛΗΨΗΣ	1.343		
7181	Δημοτική Κοινότητα Λιθινών	283		KENH ΘΕΣΗ
7182	Δημοτική Κοινότητα Περιβολακίων	92		KENH ΘΕΣΗ
7183	Δημοτική Κοινότητα Πεύκων	834	1	ΠΛΗΡΗΣ
7184	Δημοτική Κοινότητα Χρυσοπηγής	134		KENH ΘΕΣΗ
7185	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΤΑΝΟΥ	2.014		
7186	Δημοτική Κοινότητα Παλαικάστρου	1.254	1	ΠΛΗΡΗΣ
7187	Δημοτική Κοινότητα Ζάκρου	720	1	ΠΛΗΡΗΣ
7188	Δημοτική Κοινότητα Καρυδίου	40		KENH ΘΕΣΗ
7189	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΕΥΚΗΣ	1.466		
7190	Δημοτική Κοινότητα Ζίρου	399		KENH ΘΕΣΗ
7191	Δημοτική Κοινότητα Αγίας Τριάδος	58		KENH ΘΕΣΗ
7192	Δημοτική Κοινότητα Απιδίων	319		KENH ΘΕΣΗ
7193	Δημοτική Κοινότητα Αρμένων	288		KENH ΘΕΣΗ
7194	Δημοτική Κοινότητα Παππαγιαννάδων	210		KENH ΘΕΣΗ
7195	Δημοτική Κοινότητα Χανδρά	192		KENH ΘΕΣΗ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Όπου τυχόν αναγράφεται ΕΧΕΙ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ αναμένουμε τα δικαιολογητικά για την άδεια λειτουργίας με τον περιορισμό να έχει υλοποιηθεί εντός εξαμήνου από την ημερομηνία παραλαβής της άδειας ίδρυσης, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΕΙΟΦΥ
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΗ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
Α.Τ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ
Ο.Α.Ε.Δ.

ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ ΜΑΡΙΑ

Ο ΑΝΤΙΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ

(Υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ (εντός 30 ημερών)
Η Αίτηση (υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχείρως από τον αιτούντα N.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 ή αναγνώριση ισοτιμίας/αντιστοιχίας πτυχίου από ΔΟΑΤΑΠ).		
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) <u>Πρωτότυπο</u> 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 και ασφαλιστική ενημερότητα		
6) Αντίγραφο ποινικού μητρώου		
7) Συνημμένες υπεύθυνες δηλώσεις του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 : 1, 2 & 3.		
8) Η ΠΑΡΑΚΑΤΩ 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 στ.. Δημ..... ή στ..... Δημοτική Ενότητα 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 αδειών ίδρυσης φαρμακείου, όπως ορίζει η παρ.3, άρθ.2, του Π.Δ. 64/2018 (Φ.Ε.Κ. 124/Α/11-07-2018), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει»		

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, 6 και από το 7 τις Υπεύθυνες Δηλώσεις και σχετική Υπεύθυνη Δήλωση ορισμού του υπεύθυνου φαρμακοποιού.		
2) Για το φαρμακοποιό που θα αναλάβει την υπευθυνότητα του φαρμακείου του και τον οποίο έχει δηλώσει με συνημμένη <u>Υπεύθυνη Δήλωση στην αίτησή του</u> , απαιτούνται όλα τα δικαιολογητικά που αναφέρονται για τους φαρμακοποιούς στην προηγούμενη παράγραφο.		

-
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».



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⁾ :	Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε.						
	ΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ						
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/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:

- 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 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.

...../...../2025

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⁾ :	Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΛΑΣΙΘΙΟΥ						
	ΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ						
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:

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

...../...../2025

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⁾ :	Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΛΑΣΙΘΙΟΥ ΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ						
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/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.

...../...../2025

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.