



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ &
ΣΤΟΝ ΙΣΤΟΤΟΠΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ www.ppel.gov.gr

ΝΑΥΠΛΙΟ 19 ΙΟΥΝΙΟΥ 2024

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ**

Ταχ.Δ/νση : Βασ. Παύλου 9, Ναύπλιο
Ταχ. Κώδικας : 21100
Πληροφορίες : Δ. Χατζηγεωργίου-Γ. Μαυραειδή
Τηλέφωνο : 2752362261-257
Email : ygeia@argolida.gr

ΠΡΟΣ : Περιφέρεια Πελοποννήσου
Δ/νση Διαφάνειας &
Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης
-Τμήμα Πληροφορικής Π.Ε. Αργολίδας

ΘΕΜΑ: Γνωστοποίηση κενών θέσεων για χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην Π.Ε. Αργολίδας

ΣΧΕΤ.:1. Οι διατάξεις του Π.Δ.131/10 (ΦΕΚ 224/Α/27-12-2010) Οργανισμός Περιφέρειας Πελοποννήσου, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

2. α) Το άρθρο 36 παρ.3 του Ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α/02-05-2011).

β) Ο Ν.4272/2014 (άρθρο 30) και η υποπαράγραφος ΣΤ1 του Ν.4254/2014, όπως αντικαταστάθηκαν από το άρθρο 64 του Ν.4509/2017 (ΦΕΚ 201/Α/22-12-2017) και ισχύουν.

γ) Ο Ν.4281/2014 άρθρα 216,217,218,219.

δ) Η με αριθμ.55/2015 γνωμοδότηση του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.

3. Το άρθρο 64 του Ν.4509/2017(ΦΕΚ 201/Α/22-12-2017).

4. Το Π.Δ.64/2018 (ΦΕΚ 124/Α/11-07-2018) Ρυθμίσεις επαγγέλματος φαρμακοποιού-ίδρυση φαρμακείου.

5. Το άρθρο 5 του Ν.4558/2018 (ΦΕΚ 140/Α/01-08-2018).

6. Οι διατάξεις του άρθρου 29 του Ν. 4715/2020(ΦΕΚ 149/Α/2020)

7. Οι διατάξεις του άρθρου 50 του Ν. 4999/2022(ΦΕΚ 225/Α/2022)

Σας γνωστοποιούμε στον πίνακα που ακολουθεί τις κενές θέσεις για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην Περιφερειακή Ενότητα Αργολίδας, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί έως **31-05-2024** και παρακαλούμε για την ανάρτηση των σχετικών στοιχείων στον ιστότοπο της Περιφέρειας Πελοποννήσου: www.ppel.gov.gr

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ**

Α/α (Σύμφωνα με το ΦΕΚ 2802/Β/26- 04-2023)	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	ΜΟΝΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
5244	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	93.216		
5271	ΔΗΜΟΣ ΑΡΓΟΥΣ-ΜΥΚΗΝΩΝ	39.994		
5272	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΓΟΥΣ	26.069		
5275	Δ.Κ. ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ	384	0	1
5276	Δ.Κ. ΗΡΑΣ	322	0	1
5279	Δ.Κ. ΚΟΥΡΤΑΚΙΟΥ	229	0	1
5281	Δ.Κ. ΠΥΡΓΕΛΛΑΣ	361	0	1
5282	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΛΕΑΣ	439		
5283	Δ.Κ. ΣΚΟΤΕΙΝΗΣ	267	0	1
5284	Δ.Κ. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	96	0	1
5285	Δ.Κ. ΑΛΕΑΣ	65	0	1
5286	Δ.Κ. ΦΡΟΥΣΙΟΥΝΑΣ	11	0	1
5287	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΧΛΑΔΟΚΑΜΠΟΥ	407		
5288	Δ.Κ. ΑΧΛΑΔΟΚΑΜΠΟΥ	407	0	1
5289	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΥΤΣΟΠΟΔΙΟΥ	3.254		
5291	Δ.Κ. ΒΡΟΥΣΤΙΟΥ	302	0	1
5292	Δ.Κ. ΜΑΛΑΝΤΡΕΝΙΟΥ	393	0	1
5293	Δ.Κ. ΣΧΙΝΟΧΩΡΙΟΥ	281	0	1
5294	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΕΡΝΑΣ	2.747		
5296	Δ.Κ. ΑΝΔΡΙΤΣΗΣ	35	0	1
5298	Δ.Κ. ΣΚΑΦΙΔΑΚΙΟΥ	812	0	1
5299	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΥΡΚΕΙΑΣ	1450		
5300	Δ.Κ. ΛΥΡΚΕΙΑΣ	263	0	1
5301	Δ.Κ. ΓΥΜΝΟΥ	261	0	1
5302	Δ.Κ. ΚΑΠΑΡΕΛΛΙΟΥ	147	0	1
5303	Δ.Κ. ΚΑΡΥΑΣ	491	0	1
5304	Δ.Κ. ΚΕΦΑΛΟΒΡΥΣΟΥ	46	0	1
5305	Δ.Κ. ΝΕΟΧΩΡΙΟΥ	41	0	1
5306	Δ.Κ. ΣΤΕΡΝΑΣ	122	0	1
5307	Δ.Κ. ΦΡΕΓΚΑΙΝΗΣ	79	0	1
5308	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΥΚΗΝΑΙΩΝ	2.885		
5309	Δ.Κ. ΜΥΚΗΝΩΝ	342	0	1
5310	Δ.Κ. ΛΙΜΝΩΝ	553	0	1
5311	Δ.Κ. ΜΟΝΑΣΤΗΡΑΚΙΟΥ	244	0	1
5312	Δ.Κ. ΜΠΟΡΣΑ	165	0	1
5314	Δ.Κ. ΠΡΟΣΥΜΝΗΣ	495	0	1
5245	ΔΗΜΟΣ ΝΑΥΠΛΙΕΩΝ	32.625		
5246	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΑΥΠΛΙΕΩΝ	19.375		
5250	Δ.Κ. ΠΥΡΓΙΩΤΙΚΩΝ	411	0	1

5251	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΣΙΝΗΣ	5.077		
5254	Δ.Κ. ΙΡΙΩΝ	841	0	1
5255	Δ.Κ. ΚΑΡΝΕΖΑΪΪΚΩΝ	55	0	1
5257	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΙΔΕΑΣ	4.966		
5259	Δ.Κ. ΑΝΥΦΙΟΥ	607	0	1
5260	Δ.Κ. ΑΡΑΧΝΑΙΟΥ	539	0	1
5261	Δ.Κ. ΑΡΓΟΛΙΚΟΥ	573	0	1
5262	Δ.Κ. ΗΡΑΙΟΥ	113	0	1
5263	Δ.Κ. ΜΑΝΕΣΗ	514	0	1
5264	Δ.Κ. ΜΙΔΕΑΣ	510	0	1
5265	Δ.Κ. ΠΑΝΑΡΙΤΗ	628	0	1
5266	Δ.Κ. ΠΟΥΛΛΑΚΙΔΑΣ	483	0	1
5267	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΕΑΣ ΤΙΡΥΝΘΑΣ	3.207		
5270	Δ.Κ. ΝΕΟΥ ΡΟΕΙΝΟΥ	429	0	1
5318	ΔΗΜΟΣ ΕΠΙΔΑΥΡΟΥ	7.030		
5319	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	3.612		
5322	Δ.Κ. ΑΔΑΜΙΟΥ	274	0	1
5323	Δ.Κ. ΑΡΚΑΔΙΚΟΥ	177	0	1
5324	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΔΑΥΡΟΥ	3.418		
5328	Δ.Κ. ΤΡΑΧΕΙΑΣ	376	0	1
5329	ΔΗΜΟΣ ΕΡΜΙΟΝΙΔΑΣ	13.567		
5330	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ	9.631		
5335	Δ.Κ. ΦΟΥΡΝΩΝ	325	0	1
5336	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΡΜΙΟΝΗΣ	3.936		
5338	Δ.Κ. ΗΛΙΟΚΑΣΤΡΟΥ	510	0	1
5339	Δ.Κ. ΘΕΡΜΗΣΙΑΣ	584	0	1

Κενές θέσεις κατ' εξαίρεση των πληθυσμιακών ορίων πλησίον δημοσίων νοσοκομείων και σε απόσταση έως εκατό (100) μέτρων εκατέρωθεν της κεντρικής πύλης των νοσοκομείων του Νομού μας είναι:

1. Γ.Ν. Αργολίδας

α) Γ.Ν. Άργους δύο (02) κενές θέσεις

β) Γ.Ν. Ναυπλίου 0 θέσεις

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Έπειτα από τις ανωτέρω ισχύουσες διατάξεις, σας ενημερώνουμε ότι η έναρξη υποβολής αιτήσεων για άδεια ίδρυσης φαρμακείων καθορίζεται από **01-07-2024** έως και **15-07-2024**. Οι αιτήσεις υποβάλλονται ηλεκτρονικά από τον αιτούντα στην ηλεκτρονική διεύθυνση στο **e-mail: ygeia@argolida.gr** ή ιδιοχειρώς από τον αιτούντα φαρμακοποιό ή από εκπρόσωπο με εξουσιοδότηση, θεωρημένη σύμφωνα με το Νόμο για το γνήσιο της υπογραφής ή μέσω γον., στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας Π.Ε. Αργολίδας, Βασ. Παύλου 9, (2^{ος} όροφος), Ναύπλιο.

Οι ηλεκτρονικές αιτήσεις θα πρέπει να αποστέλλονται εργάσιμες μέρες και εντός του ωραρίου της υπηρεσίας μας από 07.00π.μ. έως 15.00μ.μ. για να πρωτοκολλούνται αμέσως. Όσες αιτήσεις αποσταλούν πέραν του ωραρίου της υπηρεσίας καθώς και ημέρες αργιών θα πρωτοκολλούνται την επόμενη εργάσιμη ημέρα.

Ο αιτών οφείλει εντός τριάντα (30) ημερών από την υποβολή της αίτησης να υποβάλλει στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφερειακής Ενότητας Αργολίδας ηλεκτρονικά, ή σε περίπτωση αδυναμίας του ιδιοχέρως ή με εκπρόσωπο δυνάμει εξουσιοδότησης θεωρημένης σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής, τα προβλεπόμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά. Ο αιτών 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 εάν έχει υποβάλλει (ο ίδιος ή ο δηλωθείς υπεύθυνος φαρμακοποιός) αίτηση που εκκρεμεί, για τη χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα. Σε περίπτωση που υφίσταται άδεια ίδρυσης ή εκκρεμεί αίτηση για χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης, στην υπεύθυνη δήλωση αναγράφονται και επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις. Σε διαφορετική περίπτωση η αίτηση παύει να έχει ισχύ.

Σε κάθε περίοδο υποβολής αιτήσεων ο ενδιαφερόμενος έχει το δικαίωμα να υποβάλει συνολικά σε όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της χώρας το ανώτερο έως τέσσερις (4) αιτήσεις για χορήγηση άδειας ιδρύσεως φαρμακείου, επί ποινή ακυρώσεως του συνόλου των αιτήσεων. Επίσης σε κάθε περίοδο υποβολής αιτήσεων χορηγείται μία (1) άδεια ιδρύσεως φαρμακείου ανά αιτούντα, ανεξαρτήτως του αριθμού αιτήσεων που έχει υποβάλει. Στην περίπτωση που χορηγηθούν παραπάνω από μία άδειες ιδρύσεως φαρμακείου, ο ενδιαφερόμενος υποχρεούται να παραιτηθεί των υπολοίπων εντός πέντε (5) εργάσιμων ημερών από την κοινοποίηση σε αυτόν των εν λόγω αποφάσεων του οικείου Περιφερειάρχη. Σε διαφορετική περίπτωση ανακαλείται αυτεπαγγέλτως το σύνολο των αδειών ιδρύσεως φαρμακείου που έχουν χορηγηθεί στον ανωτέρω φαρμακοποιό.

Οι αιτήσεις για απόκτηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου κρίνονται συνολικά ως εξής:

Α. Εάν συντρέχουν αιτήσεις φαρμακοποιών ή / και ιδιωτών μη φαρμακοποιών με αιτήσεις συνεταιρισμών φαρμακοποιών μελών της ΟΣΦΕ, προτιμώνται οι φαρμακοποιοί ή / και ιδιώτες που αξιολογούνται με τα κριτήρια κατά το επόμενο εδάφιο και έπονται οι συνεταιρισμοί.

Β. Εάν συντρέχουν αιτήσεις φαρμακοποιών και ιδιωτών –μη φαρμακοποιών, προτιμάται κατά την εξής σειρά ή αίτηση:

α) εκείνου, που κατά τον χρόνο χορήγησης άδειας ίδρυσης, ο ίδιος και προκειμένου περί του ιδιώτη - μη φαρμακοποιού και ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός, δεν λαμβάνει σύνταξη από οποιονδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης, εξαιρουμένης της προσωρινής σύνταξης λόγω αναπηρίας.

β) εκείνου, που δεν έχει κατά το χρόνο χορήγησης άδειας ίδρυσης, άλλη άδεια ίδρυσης φαρμακείου ο ίδιος και προκειμένου περί του ιδιώτη-μη φαρμακοποιού και ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός,

γ) στην οποία η άδεια εξάσκησης του επαγγέλματος του φαρμακοποιού (αιτούμενου φαρμακοποιού ή του δηλωθέντος υπεύθυνου από τον αιτούντα ιδιώτη) είναι η αρχαιότερη,

δ) στην οποία ο φαρμακοποιός (ο αιτών φαρμακοποιός ή ο δηλωθείς από τον ιδιώτη αιτούντα υπεύθυνος φαρμακοποιός) προηγείται χρονικά στη λήψη του πανεπιστημιακού του πτυχίου της φαρμακευτικής σχολής και σε περίπτωση σύγχρονης λήψης του πτυχίου, ο φαρμακοποιός με το μεγαλύτερο βαθμό πτυχίου, και

ε) του πολύτεκνου ή του τέκνου πολύτεκνης οικογένειας.

Γ. Εάν συντρέχουν αιτήσεις περισσότερων του ενός φαρμακοποιών, η μεταξύ τους σειρά προτίμησης προκύπτει σύμφωνα με τα κριτήρια της υποπαρ. Β της παρούσας παραγράφου, αναλογικά εφαρμοζόμενα.

Δ. Εάν συντρέχουν αιτήσεις περισσότερων ιδιωτών, μη φαρμακοποιών, η μεταξύ τους σειρά καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια της υποπ. Β της παρούσας παραγράφου, αναλογικά εφαρμοζόμενα.

Σε οποιαδήποτε περίπτωση που τα ανωτέρω κριτήρια δεν επαρκούν για την προτίμηση, λόγω απόλυτης σύμπτωσης αυτών, η επιλογή γίνεται σύμφωνα με την χρονική σειρά κατάθεσης των αιτήσεων.

Συνημμένα : Αίτηση με δικαιολογητικά

**Ο ΑΝΤΙΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗΣ
Π.Ε ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ**

ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΑΝΤΖΟΥΝΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- Φαρμακευτικός Σύλλογος Αργολίδας
fsargolidas@gmail.com

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»

ΠΡΟΣ:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία
--------------	---	---

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ

Ο/Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα πατέρα:		Επώνυμο πατέρα:	
Όνομα μητέρας:		Επώνυμο μητέρας:	
Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατηρίου:		Αρχή έκδοσης:	
Α.Φ.Μ.:		Επώνυμο Συζύγου:	
Ημ/νια Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλέφωνο:		Τ.Κ.	
Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(e mail):			
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ:			

Σε περίπτωση υποβολής της αίτησης από μη φαρμακοποιό, είναι υποχρεωτική η υποβολή Υπεύθυνης Δήλωσης του αιτούντος με τα πλήρη στοιχεία του υπευθύνου φαρμακοποιού που διαθέτει άδεια άσκησης επαγγέλματος (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, αριθμό Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας, ημερομηνία κτήσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος)

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ⁽¹⁾(για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής πράξης):

Ο/Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα πατέρα:		Επώνυμο πατέρα:	
Όνομα μητέρας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλέφωνο:		Τ.Κ.:	
Α.Δ.Τ.ή Αρ. Διαβατηρίου:		⁽¹⁾ Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις² που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στην Δημοτική Κοινότητα

..... του Δήμου

Ημερομηνία.....20....

(Υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ
1) Αίτηση			
ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ			
<p>1) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής εάν ο αιτών είναι φαρμακοποιός, εάν είναι ιδιώτης μη φαρμακοποιός πτυχίο του δηλωθέντος από αυτόν υπεύθυνου φαρμακοποιού και εάν πρόκειται για 2^η άδεια ο υπεύθυνος φαρμακοποιός δηλώνεται με την αίτηση.</p> <p>Για πτυχιούχους εξωτερικού, χωρών Ε.Ε., πτυχίο (πρωτότυπο και επίσημη μετάφραση) – άδεια άσκησης επαγγέλματος σύμφωνα με την αντίστοιχη Κοινοτική Οδηγία.</p>			
<p>2) Αντίγραφο αδείας ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού της Ελλάδας ή κράτους- μέλους της Ε.Ε. εάν ο αιτών είναι φαρμακοποιός, και εάν είναι ιδιώτης μη φαρμακοποιός του δηλωθέντος από αυτόν υπεύθυνου φαρμακοποιού.</p>			
<p>3) Πιστοποιητικό Δήμου ή Κοινότητας ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια (το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικαθίσταται με υπεύθυνη δήλωση και φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας), ή υπηκοότητα ενός των κρατών – μελών της Ε.Ε.</p>			
<p>4) Γραμμάτιο παρακαταθήκης 6,00 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων.</p>			
<p>5) Να μην οφείλει στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία (Φορολογική ενημερότητα).</p>			
<p>6) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: «δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβιασμό, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση, για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματος μου, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Ποινικού Κώδικα όπως αυτός ισχύει, και δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα και καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων και δεν έχω παραπεμφθεί με</p>			

αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα».			
7) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: « δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης».			
8) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: « έχω λάβει ή δεν έχω λάβει ο ίδιος ή ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός άδεια ίδρυσης φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε ή έχω υποβάλλει αίτηση που εκκρεμεί για τη χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην Περιφερειακή Ενότητα και σας επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων. Με την κατάθεση της παρούσας αίτησης δεν υπερβαίνω τον μέγιστο αριθμό των τεσσάρων (4) αιτήσεων για την τρέχουσα περίοδο υποβολής, όπως ορίζει το άρθρο 29 του Ν.4715/2020 ». Στην υπεύθυνη δήλωση αναγράφονται και επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις. Σε διαφορετική περίπτωση η αίτηση παύει να έχει ισχύ.			
9) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: Δεν λαμβάνω σύνταξη από οποιονδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης.			
10) Ένα φάκελο Α4 με αυτιά και λάστιχα.			

Σημείωση:

- Από τα παραπάνω δικαιολογητικά τα 3, 4 και 5 πρέπει να έχουν εκδοθεί εντός τριμήνου.
- Ο αιτών οφείλει εντός τριάντα (30) ημερών από την υποβολή της αίτησης να υποβάλει στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας της έδρας του φαρμακείου. Σε διαφορετική περίπτωση η αίτηση παύει να ισχύει.

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. 2. «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».