



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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)

Περιγραφή αιτήματος: «**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΟΠΤΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΑΚΩΝ ΕΠΑΦΗΣ**»

ΠΡΟΣ:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Π.Π Γερμανού 98, Πάτρα, ΤΚ 26225 (ισόγειο) E-mail: ddy@pde.gov.gr	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Όνομα:			Επώνυμο:		
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:		
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας*:		Α.Φ.Μ.		Αρ. Άδειας Οδήγησης*:	
Αρ. Διαβατηρίου*:		Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας*:		Ιθαγένεια:	
Ημερομηνία Γέννησης:			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:	Αρ:	ΤΚ:
Τηλ:	Κιν:		E-mail:		

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ (εφόσον υφίσταται):

Επωνυμία:					
Αρ. Καταστατικού:				Έτος Ίδρυσης:	
Αρ. Γ.Ε.Μ.Η:					
Α.Φ.Μ.:			Δ.Ο.Υ.:		
Έδρα:	Οδός:		Αρ.:	ΤΚ:	
Δήμος			Περιφέρεια:		
Τηλ.:			E-mail:		

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για την κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):							
Όνομα:				Επώνυμο:			
Ονοματεπώνυμο					ΑΔΤ:		
Πατέρα:							
Τόπος κατοικίας:		Οδός:		Αρ:		T.K.	
Τηλ.:		Κιν:		E-mail:			

Παρακαλώ για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας καταστήματος οπτικών ειδών και τμήματος φακών επαφής με τα εξής στοιχεία:

Επωνυμία επιχείρησης:							
Εγκεκριμένος τίτλος (αν υπάρχει):							
Διεύθυνση Επιχείρησης	Δήμος:	Οδός:		Αρ.:		T.K.:	
A.Φ.Μ.:				Δ.Ο.Υ.:			
Τηλ:				E-mail:			

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

«1. Στην περίπτωση ορισμού εκπροσώπου από τον αιτούντα για την κατάθεση της αίτησης ή/και την παραλαβή της τελικής πράξης απαιτείται η σχετική εξουσιοδότηση** με την οποία ο αιτών εξουσιοδοτεί τον αναφερόμενο εκπρόσωπο.

2. Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

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.**

****Σε περίπτωση εξουσιοδότησης** εκπροσώπου υποβάλλεται υποχρεωτικά στο φάκελο- μαζί με την αίτηση εξουσιοδότηση με έναν από τους παρακάτω τρεις τρόπους:

1. Με υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, άρθρο 8 του αιτούντα μέσω της ιστοσελίδας www.gon.gr.
2. Με υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, άρθρο 8 του αιτούντα με επικυρωμένο το γνήσιο της υπογραφής του από δημόσια υπηρεσία.
3. Με συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο του αιτούντα.

Επιλέξτε (√) με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση κατοικίας που δηλώνετε στην παρούσα αίτηση.
2. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση της επιχείρησης που δηλώνετε στην παρούσα αίτηση.
3. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την Υπηρεσία μας.
4. Να σας αποσταλεί στο email που έχετε δηλώσει στην αίτησή σας.
5. Να την παραλάβει ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός που έχετε ορίσει στην αίτησή σας.
6. Να αποσταλεί στο email του εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου που έχετε ορίσει στην αίτησή σας.

.....
(Ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(Υπογραφή και ονοματεπώνυμο/σφραγίδα)