



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΛΕΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ -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)

«Προσωρινή διατήρηση σε λειτουργία του κληρονομικού φαρμακείου τ....
φαρμακοπού

| | | | |
|--------------|--|--|----------------------------|
| ΠΡΟΣ: | Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ - ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ | ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
|--------------|--|--|----------------------------|

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: (φυσικό πρόσωπο)

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

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ 1 (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

| | | | | | |
|----------------------------------|--|-----------------|--|-------------|--|
| ΟΝΟΜΑ: | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΑΔΤ: | | | |
| ΟΔΟΣ: | | ΑΡΙΘ: | | Τ.Κ: | |

| | | | | |
|-------------|--|-------------|--|-----------------|
| | | | | |
| Τηλ: | | Fax: | | E –mail: |

Παρακαλώ λόγω θανάτου τ... συζύγου μου και προκειμένου να συνεχιστεί η λειτουργία του Φαρμακείου με την επίβλεψη της φαρμακοποιού και της βοηθού φαρμακείου στην Δημοτική Κοινότητα..... του Δήμου σύμφωνα με το Ν.328/76 αρθρ.6 παρ.2 όπως αντικαταστάθηκε με το Ν1821 /88 αρθ.14 παρ.2

Σας καταθέτω τα παρακάτω απαραίτητα δικαιολογητικά:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις 2 , που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

ΠΥΡΓΟΣ/...../201.....
(Ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση:
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.:
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

«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».

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ ΣΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ Η ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ
(σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.1963/91)

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ: | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ | ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ |
|---|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Αίτηση νομίμων κληρονόμων ή εκπροσώπου της Φαρ/κης κατά περίπτωση | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Υπεύθυνη δήλωση του επιβλέποντος Φαρμακοποιού ότι αποδέχεται τον ορισμό | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Υπεύθυνη δήλωση της αδειούχου βοηθού Φαρμακείου ότι αποδέχεται τον ορισμό | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Αντίγραφο αδείας ασκήσεως επαγγέλματος η βεβαίωση άσκησης βοηθού φαρμακείου | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ληξιαρχική πράξη θανάτου | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ΣΗΜΕΙΩΣΗ : Εγκρίνεται η άδεια για 3 μήνες μέχρι την εύρεση υπευθύνου φαρμακοποιού προκειμένου να ορισθεί στο κληρονομικό φαρμακείο . | | | |

