



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΛΕΙΑΣ

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)

«Έγκριση άδειας λειτουργίας συστεγασμένου φαρμακείου τ... φαρμακοποιού..
.....με το ήδη λειτουργούν φαρμακείο τ... σύμφωνα
με τις διατάξεις του **Ν.3918/11**.

ΠΡΟΣ:	Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚ. 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 (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:	
-------------	--	-------------	--	----------------	--

Περιγραφή αιτήματος: Λαβών άδεια ιδρύσεως φαρμακείου στην Τοπική/Δημοτική Κοινότητατου Δήμουμε την υπ'αριθ.....απόφασή σας σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3918/11 κατ'εξαιρέση των πληθυσμιακών κριτηρίων με την μορφή ομόρρυθμης εταιρείας παρακαλώ όπως μου εγκρίνετε την συστέγαση αυτή μετά του φαρμακείου τ... φαρμακοποιού κ. που λειτουργεί επί της οδού.....στην Τοπική/Δημοτική Κοινότητα του Δήμου

Συνημμένα σας υποβάλλω τα κάτωθι κατά το νόμο 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:

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

.....
(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:

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΥΣΤΕΓΑΣΜΕΝΟΥ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ (νέο φαρμακοποιό)
(σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3918/11)**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
<p>1) Βεβαίωση ιδιώτη μηχανικού σύμφωνα με την παρ.1^α του άρθρου 3 του Ν.4178/2013 (ΦΕΚ174 Α) στην οποία να διαφαίνεται ο μοναδικός αριθμός ακινήτου που καταγράφεται στο πληροφοριακό σύστημα της ταυτότητας του κτιρίου και ότι το κατάστημα όπου θα λειτουργήσει το φαρμακείο δεν είναι αυθαίρετο και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές. Για τους χώρους που έχουν τακτοποιηθεί για δεδομένη χρήση καταστήματος για ορισμένο χρονικό διάστημα σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της κείμενης νομοθεσίας περί αυθαιρέτων χρήσεων η ισχύς της αντίστοιχης χρήσης ως καταστήματος-φαρμακείου έχει διάρκεια την οριζόμενη από την εν λόγω Νομοθεσία.</p>	□	□	
<p>2)Βεβαίωση ιδιώτη μηχανικού σύμφωνα με το άρθρο 25 του Ν.4178/2013 (ΦΕΚ174 Α), στην οποία θα αποτυπώνονται τα καθαρά εμβαδά (τετραγωνικά μέτρα) των χώρων κυρίας χρήσης και των λοιπών βοηθητικών χώρων (φαρμακοπωλείο-εργαστήριο – αποθήκη -wc) συνοδευόμενη με τα ακόλουθα: α)Θεωρημένο αντίγραφο της Άδειας Οικοδομής του κτιρίου β)κάτοψη του καταστήματος το οποίο προορίζεται για φαρμακείο υπογεγραμμένη από ιδιώτη Μηχανικό στην οποία θα αποτυπώνονται τα καθαρά εμβαδά (τετραγωνικά μέτρα) των χώρων κυρίας χρήσης και των λοιπών βοηθητικών χώρων γ)Τομή του καταστήματος, υπογεγραμμένη από ιδιώτη Μηχανικό όπου θα αποτυπώνεται το καθαρό ύψος του.</p>	□	□	
<p>3)Αντίγραφο συμφωνητικού μισθώσεως από τον αιτούντα φαρμακοποιό του καταστήματος όπου θα λειτουργήσει το φαρμακείο ή πρόσφατο πιστοποιητικό ιδιοκτησίας από το αρμόδιο υποθηκοφυλακείο.</p>	□	□	
<p>4)Βεβαίωση της αρμόδιας πυροσβεστικής υπηρεσίας ότι το κατάστημα διαθέτει σύστημα πυρασφάλειας ή επαρκή πυροσβεστικά μέσα.</p>	□	□	
<p>5)Ειδικό τέλος 88 ευρώ της Περ/κης Ενότητας Ηλείας πληρωμή στην Εθνική Τράπεζα IBAN:GR6901102250000022500279520</p>	□	□	