



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 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: Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την συστέγαση στο κατάστημα όπου λειτουργεί το Φαρμακείο μου μετά της άδειας ιδρύσεως φαρμακείου τ.. φαρμακοποιού επί της οδού στην Τοπική/Δημοτική Κοινότητα του Δήμου σύμφωνα με τις διατάξεις του **N.3918/1** με την μορφή ομόρρυθμης εταιρείας.

Συνημμένα σας υποβάλλω κατά 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 (παλιό φαρμακοποιό)
(σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3918/11)**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ
1.Υπεύθυνη δήλωση του Ν 1599/86 ότι :η ομόρρυθμη εταιρεία θα συσταθεί με συμβολαιογραφική πράξη με ΓΕΜΗ και θα κατατεθεί εντός μηνός στην Υπηρεσία μας.			<input type="checkbox"/>

(η ανωτέρω κατατίθεται από τον παλιό φαρμακοποιό)