



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 αμοιβαίας μεταφοράς φαρμακείου τ... φαρμακοποιού.....  
.....

|              |   |  |                            |
|--------------|---|--|----------------------------|
| <b>ΠΡΟΣ:</b> | <b>Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ<br/>&amp; ΚΟΙΝΩΝΙΚ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ<br/>ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ<br/>ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ</b> | <b>ΑΡΙΘΜ.<br/>ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b><br>..... | <b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b><br>..... |
|--------------|---|--|----------------------------|

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: (φυσικό πρόσωπο)

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

\* 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.

|                                  |  |                 |  |                 |  |
|----------------------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|
| <b>ΟΝΟΜΑ:</b>                    |  | <b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b> |  |                 |  |
| <b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ<br/>ΠΑΤΕΡΑ:</b> |  | <b>ΑΔΤ:</b>     |  |                 |  |
| <b>ΟΔΟΣ:</b>                     |  | <b>ΑΡΙΘ:</b>    |  | <b>Τ.Κ:</b>     |  |
| <b>Τηλ:</b>                      |  | <b>Fax:</b>     |  | <b>E –mail:</b> |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**Περιγραφή αιτήματος:** Μετά από την υπ' αριθμ..... απόφαση της ...../..... ολομέλειας του Κ.Ε.Σ.Υ., σας καταθέτω τα παρακάτω απαραίτητα δικαιολογητικά και παρακαλώ σύμφωνα με την παρ.3 του άρθρ.14 του Ν.5607/32 όπως ενεργήσετε επιθεώρηση του φαρμακείου στην ..... Κοινότητα..... του Δήμου ..... όπου πρόκειται να συνεχισθεί η λειτουργία του φαρμακείου μου από την ..... Κοινότητα ..... του Δήμου ..... μετά από αμοιβαία μετάθεση με το φαρμακείο τ... φαρμακοποιού .....

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:

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 εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**  
**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**  
**(σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.1963/91)**

| ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:   | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ<br>ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ<br>ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ  | ΘΑ<br>ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ |
|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------|
| <p>1) Βεβαίωση ιδιώτη μηχανικού σύμφωνα με την παρ.1<sup>α</sup> 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 <b>ότι το κατάστημα όπου θα λειτουργήσει το φαρμακείο δεν είναι αυθαίρετο και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές ή προσθήκες.</b> 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> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |                    |
| <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:<br/> α)Θεωρημένο αντίγραφο της Άδειας Οικοδομής του κτιρίου.<br/> 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.<br/> γ)Τομή του καταστήματος, υπογεγραμμένη από ιδιώτη Μηχανικό όπου θα αποτυπώνεται το καθαρό ύψος του.</p>           | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |                    |
| <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>  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |                    |
| <p>4)Βεβαίωση της αρμόδιας πυροσβεστικής υπηρεσίας ότι το κατάστημα διαθέτει σύστημα πυρασφάλειας ή επαρκή πυροσβεστικά μέσα.</p>   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |                    |
| <p>5)Ειδικό τέλος 88 ευρώ της Περ/κης Ενότητας Ηλείας πληρωμή στην Εθνική Τράπεζα<br/> IBAN:GR690110225000022500279520</p>  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |                    |