



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)

«Αμοιβαία μεταφορά φαρμακείου τ... φαρμακοποιού.....

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: Διατηρώ φαρμακείο στην Κοινότητα
..... της Δημοτικής Ενότητας του Δήμου
με άδεια λειτουργίας αριθ. πρωτ. /-.....-..... απόφαση
..... Ηλείας και ζητώ αμοιβαία μετάθεση σύμφωνα με το Ν.5607/32 με τ...
φαρμακοποιοό που διατηρεί φαρμακείο στην
Κοινότητα της Δημοτικής Ενότητας του Δήμου
..... με απόφαση / ... - ... -..... της Ηλείας.
και ως εκ τούτου παρακαλώ να αποσταλεί η εν λόγω αίτησή μου για γνωμοδότηση στην ολομέλεια
του Κ.Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας για έγκριση άδειας αμοιβαίας μετάθεσης.

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».