



**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
(άρθρο 8 του Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 του Ν.2690/1999)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων Υπηρεσιών  
(άρθρο 8 παρ. 4 του Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος:**  
**«ΑΔΕΙΑ ΠΡΟΣΚΑΙΡΟΥ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ »**

<b>Προς:</b>	<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
	<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</b> <b>ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</b> <b>&amp; ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ</b> <b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ</b> ..... <b>ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b> <b>ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ</b>	
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ**

Ο / Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Α.Δ.Τ.:		Αρχή έκδοσης:	
Α.Φ.Μ.:		Επώνυμο Συζύγου:	
Ημ/νία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλ:		Fax .:	
Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>(1)</sup> (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):**

Ο / Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλ:		Fax:	
Α.Δ.Τ.:		<b>(1)Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη.</b>	

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

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια πρόσκαιρου κλεισίματος του φαρμακείου μου επί της οδού ..... της Τοπικής/Δημοτικής Κοινότητας..... του Δήμου ..... λόγω ..... ή για σοβαρούς προσωπικούς λόγους για το χρονικό διάστημα από ..... μέχρι ..... σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 11 του Ν.4512/2018.

Αντικαταστάτης μου στις εφημερίες –διανυκτερεύσεις θα είναι ο, η, .....

..... ή δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα δεν έχω εφημερία ή διανυκτέρευση του οποίου υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν.1599/86 σας υποβάλλω και

ΠΥΡΓΟΣ .../.../....

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ  
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

<b>ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:</b>	<b>ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ</b>	<b>ΥΠΗΡΕΣΙΑΚ Η ΑΝΑΖΗΤΗΣ Η</b>	<b>ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜ ΙΣΘΕΙ</b>
1. Υπεύθυνη δήλωση του φαρμακοποιού περί εφημεριών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνησίου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

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

