

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ :

1. Αίτηση (Χορηγείται από την υπηρεσίας μας και βρίσκεται στο site της Π.Ε. ΚΟΖΑΝΗΣ www.kozani.gr)
2. Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής
3. Αντίγραφο άδειας ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού στην Ελλάδα
4. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας
5. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία αναγράφεται το εξής κείμενο:
"δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κλοπή , υπεξαίρεση , απάτη , εκβιασμό, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, παραχάραξη, παράβαση των διατάξεων του άρθρου 5 του Ν. 1729/1987 , ΦΕΚ 144Α και καθ'υποτροπή του άρθρου 11 του ίδιου νόμου ή δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ'υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων ή δεν έχω παραπεμφθεί με το αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα. Επίσης δεν έχω τιμωρηθεί για παραβάσεις της φαρμακευτικής νομοθεσίας με οριστική ανάκληση της άδειας ιδρύσεως του φαρμακείου ή της φαρμακαποθήκης" ή σε αντίθετη περίπτωση " ..έχω καταδικαστεί για τις εξής αξιόποινες πράξεις..."
6. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης ενιαίου τύπου
7. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 ότι δεν ανακλήθηκε ή άδεια φαρμακείου, φαρμακαποθήκης ή εργαστηρίου για παραβάσεις της φαρμακευτικής νομοθεσίας , δεν παίρνει πλήρη σύνταξη από το Δημόσιο ή το ΤΣΑΥ ή από οποιοδήποτε άλλο φορέα κοινωνικής ασφάλισης ή δε λαμβάνει σύνταξη για λόγους υγείας και δεν έχει συμπληρώσει τις προϋποθέσεις πλήρους συνταξιοδότησης , δεν κατέχει δημόσια ή
8. Υπεύθυνη δήλωση (Αντί πιστοποιητικού εισαγγελίας) (ΔΙΑΔΠ/ΟΔΕΚΕΠ/7015/14/09/05) του ενδιαφερόμενου η οποία έχει ως εξής :
"δεν έχω παραπεμφθεί σε ποινική δίκη για πλημμέλημα ή κακούργημα με απευθείας κλήση ή βούλευμα την τελευταία πενταετία και β) δεν έχει ασκηθεί σε βάρος μου ποινική δίωξη για οποιοδήποτε αξιόποινη πράξη από την εισαγγελική αρχή του τόπου κατοικίας μου ούτε από άλλη εισαγγελική αρχή της χώρας"

Σημειώσεις :

Όλα τα παραπάνω δικαιολογητικά πρέπει να είναι προσφάτου εκδόσεως πλην των 2,3 και όχι μεγαλύτερη των 6 μηνών. Τα 6& 7 όχι μεγαλύτερη των 3 μηνών.

**ΑΙΤΗΣΗ
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ
ΠΡΟΣ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Π.Ε. ΚΟΖΑΝΗΣ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΑΔΕΙΟΥΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ :		
ΟΝΟΜΑ :		
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ :		
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ :		
ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :		
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (Δήμος ή Κοινότητα - Νομός) :		
ΣΥΖΥΓΙΚΟ ΕΠΩΝΥΜΟ :		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :		
ΕΚΔΙΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ :		
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :	ΟΔΟΣ :	ΑΡΙΘΜΟΣ :
Τ.Κ. :	ΤΗΛ. :	ΦΑΞ :

Σας καταθέτουμε τα απαραίτητα δικαιολογητικά και παρακαλούμε να μας χορηγήσετε άδεια ίδρυσης
φαρμακείου στον Δήμο

Δηλώνω ότι επιθυμώ την αυτεπάγγελτη αναζήτηση από την Υπηρεσία σας του παρακάτω δικαιολογητικού,
με βάση τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 3242/2004:

(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ)

Πιστοποιητικό στρατολογικής καταστασης

ενιαίου τύπου ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερομηνία

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....
(υπογραφή)