**Άδεια Ίδρυσης Φαρμακείου**

**Απαραίτητα προσόντα που πρέπει να καταθέσει ο αιτών την άδεια, τα οποία αποδεικνύονται από έγγραφα που συνυποβάλλει με την αίτησή του, και είναι:**

# Αίτηση

* + Υποβάλλεται μαζί με τα προβλεπόμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά, στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας ιδιοχείρως ή ηλεκτρονικά στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο της υπηρεσίας ή σε περίπτωση αδυναμίας του ιδιοχείρως, με εκπρόσωπο δυνάμει εξουσιοδότησης θεωρημένης σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής.
	+ Ο αιτών οφείλει εντός μηνός από την υποβολή της αίτησης να υποβάλει στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας , ηλεκτρονικά, ή σε περίπτωση αδυναμίας του ιδιοχείρως, ή με εκπρόσωπο δυνάμει εξουσιοδότησης θεωρημένης σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής, τα προβλεπόμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά που υπολείπονται για να συμπληρωθεί η αίτηση . Σε διαφορετική περίπτωση η αίτηση παύει να έχει ισχύ.
1. **Αντίγραφο πτυχίου Φαρμακευτικής Σχολής** εάν ο αιτών είναι φαρμακοποιός. Εάν ο αιτών είναι μη φαρμακοποιός ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός (οι πτυχιούχοι εξωτερικού αντίγραφο επικυρωμένο ξενόγλωσσου πτυχίου με επισυναπτόμενη επίσημη μετάφραση (για κράτη μέλη της Ε.Ε.) ή αναγνώριση από το ΔOATAΠ). Όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα οφείλουν να φέρουν τη σήμανση APOSTILE.
2. **Αντίγραφο άδειας ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού της Ελλάδας ή ενός κράτους μέλους της Ε.Ε.**
3. **Ελληνική ιθαγένεια ή υπηκοότητα ενός εκ των κρατών μελών της Ε.Ε.,**εάν ο αιτών είναι φαρμακοποιός. Εάν ο αιτών είναι μη φαρμακοποιός ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός.
4. **Πιστοποιητικό Δήμου ή Κοινότητας ότι έχει την Ελληνική ιθαγένεια** ή σχετική Υπεύθυνη Δήλωση ή φωτοαντίγραφο Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας, για την απόδειξη της ελληνικής Ιθαγένειας ή **Βεβαίωση Εγγραφής Πολίτη Κράτους Μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης** για τους Ευρωπαίους Πολίτες

# Πιστοποιητικό εισαγγελίας ότι δεν είναι φυγόποινος ή φυγόδικος ή Υπεύθυνη Δήλωση.

1. ***Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86*** *στην οποία ο φαρμακοποιός θα αναφέρει ότι:*

***Α)*** *«* Δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση, για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματός μου, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Ποινικού Κώδικα, όπως αυτός ισχύει, επίσης δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων ή να έχω παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα».

**Β)** Δεν οφείλω στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία

**Γ)** Απόσπασμα φορολογικής ενημερότητας

**Δ)** Δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης

**8. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86** στην οποία ο αιτών φαρμακοποιός θα αναγράφει :

 Εάν έχει λάβει ο ίδιος ή ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός άδεια ίδρυσης φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε, τον αριθμό αυτών των αδειών, καθώς και εάν έχει υποβάλει (ο ίδιος ή ο δηλωθείς υπεύθυνος φαρμακοποιός) αίτηση που εκκρεμεί για τη χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα.

Σε περίπτωση που υφίσταται άδεια ίδρυσης ή στην περίπτωση που εκκρεμεί αίτηση για τη χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης, στην υπεύθυνη δήλωση αναγράφονται και επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις. **(μέχρι 4 αιτήσεις στο σύνολο της χώρας )**

1. **Γραμμάτιο του Ταμείου παρακαταθηκών και Δανείων** (εγγυητικό) ποσού 5,87 ΕΥΡΩ ή κατάθεση αντίστοιχης αξίας Παράβολου Δημοσίου
2. Ένα φάκελο Α4 με λάστιχο

**Η υπηρεσία είναι ενδεχόμενο να ζητήσει και άλλα δικαιολογητικά ανάλογα με τη περίπτωση**