

**ΑΙΤΗΣΗ –ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

 **ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΩΝ ΑΡ. 1 & 3 ΤΟΥ Ν.1963/1991**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Προς:** | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ Α.Μ.Θ.** **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΚΑΒΑΛΑΣ** | **ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ****(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)** |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** |
| Ο / Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατηρίου: |  | Χώρα: |  |
| Ημ/νία Γέννησης: |  | Τόπος Κατοικίας: |  |
| Οδός / Αριθμός: |  | Τ.Κ.: |  |
| (E-mail): |  | Τηλ.: |  |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΟΣΦΕ:(Τα στοιχεία αιτούντος αφορούν τον νόμιμο εκπρόσωπο) |  |
| Δηλώνω υπεύθυνα ότι υπεύθυνος για την λειτουργία του φαρμακείου μου (σημειώνεται με X αναλόγως):α) Θα είμαι εγώ αυτοπροσώπωςβ) Θα είναι ο αναφερόμενος στο ακόλουθο πεδίο φαρμακοποιός |

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ (σε περίπτωση που είναι ο αιτών, να συμπληρωθεί μόνο η Άδεια Άσκησης Επαγγέλματος):** |
| Ο / Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατηρίου: |  | Χώρα: |  |
| Ημ/νία Γέννησης: |  | Τόπος Κατοικίας: |  |
| Οδός / Αριθμός: |  | Τ.Κ.: |  |
|  (E-mail): |  | Τηλ.: |  |
|  Αρ. Πρωτ. Βεβαίωσης Ασκήσεως Επαγγέλματος: |  |

|  |
| --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (1) (για κατάθεση αίτησης από πρόσωπο διαφορετικό από τον αιτούντα):** |
| Ο / Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Όνομα Μητέρας: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός & Αριθμός: |  |
| Α.Δ.Τ.  |  | Τηλ. |  |
| *(1) Δηλώνω ότι έχω εξουσιοδοτηθεί από τον αιτούντα για την κατάθεση της παρούσας αίτησης και συνυποβάλλω την σχετική πράξη εξουσιοδότησης.* |

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στην κάτωθι περιοχή:

Δήμος………………………………….Δημοτική Ενότητα………………………….………..Τοπική Κοινότητα…………………………………..

 Ημερομηνία: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

 (Υπογραφή με βεβαίωση γνήσιου)