### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (Υπόδειγμα 2)

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| ΠΡΟΣ(1): |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | Τηλ: | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| Δεν λαμβάνω/Λαμβάνω *(διαγράφεται αναλόγως)* σύνταξη από οποιοδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης με εξαίρεση την προσωρινή σύνταξη λόγω αναπηρίας και δεν κατέχω δημόσια θέση.  Δεν διευθύνω άλλο φαρμακείο - φαρμακαποθήκη - εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων / Διευθύνω φαρμακείο – φαρμακαποθήκη - εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων *(διαγράφεται αναλόγως)* στη διεύθυνση……………………………………………………………………..(ισχύει και για τον υπεύθυνο φαρμακοποιό)  Δεν κατέχω άλλη άδεια ίδρυσης φαρμακείου / Κατέχω άδεια ίδρυσης φαρμακείου *(διαγράφεται αναλόγως)* στις εξής περιοχές:  1)….………….………………………………………με υπεύθυνο φαρμακοποιό………………..…………………………...  2)….………….………………………………………με υπεύθυνο φαρμακοποιό………………..………………………..  Δεν έχω υποβάλλει άλλη αίτηση σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα της Χώρας / Έχω υποβάλλει αίτηση για άδεια ίδρυσης φαρμακείου *(διαγράφεται αναλόγως)* στην Περιφερειακή Ενότητα:  1)….………….………………………………………με υπεύθυνο φαρμακοποιό………………..…………………………...  2)….………….………………………………………με υπεύθυνο φαρμακοποιό………………..…………………………... |

Ημερομηνία: / /2024

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.