

ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

A. Απαιτούμενα δικαιολογητικά

1. Αίτηση (παρέχεται έντυπο)

- Υποβάλλεται εντός της οριζόμενης από το Νόμο προθεσμίας (Ν.4715/2020, αρθ.29, παρ. 2), στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοιν. Μέριμνας Περιφερειακής Ενότητας Καβάλας στην οποία εδρεύει η κενή θέση του φαρμακείου, ηλεκτρονικά στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο της Υπηρεσίας με θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής, ή σε περίπτωση αδυναμίας υποβολής της αιτήσεως ηλεκτρονικά μπορεί να υποβληθεί ιδιοχειρώς, είτε από τον ίδιο τον αιτούντα είτε από με εκπρόσωπό του δυνάμει εξουσιοδότησης θεωρημένης αρμοδίας.
- Ο αιτών οφείλει εντός μηνός από την αρχική αίτηση (Ν.4715/2020, αρθ.29, παρ. 3) να υποβάλει στην Υπηρεσία, ηλεκτρονικά ή ιδιοχειρώς ή με εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο, όπως περιεγράφηκε ανωτέρω, με μία απλή αίτηση στην οποία θα αναφέρει τον αριθμό πρωτοκόλλου της αρχικής του αίτησης τα προβλεπόμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά που αποδεικνύουν ότι κατέχει τα απαραίτητα προσόντα όπως περιγράφεται στις επόμενες παραγράφους. Σε διαφορετική περίπτωση η αρχική του αίτηση παύει να ισχύει.

2. Αντίγραφο πτυχίου Φαρμακευτικής Σχολής εάν ο αιτών είναι φαρμακοποιός. Εάν ο αιτών είναι μη φαρμακοποιός ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός, από το οποίο να προκύπτει ο χρόνος κτίσης και ο βαθμός πτυχίου με αντιστοίχιση σε περίπτωση ξενόγλωσσου τίτλου. Οι πτυχιούχοι εξωτερικού αντίγραφο επικυρωμένο ξενόγλωσσου πτυχίου με επισυναπτόμενη επίσημη μετάφραση για κράτη μέλη της Ε.Ε. ή αναγνώριση από το ΔΟΑΤΑΠ για τρίτες χώρες. Όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα οφείλουν να φέρουν τη σήμανση APOSTILE.

3. Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού στην Ελλάδα εάν ο αιτών είναι φαρμακοποιός. Εάν ο αιτών είναι μη φαρμακοποιός, του δηλωθέντος από αυτόν υπεύθυνου φαρμακοποιού.

4. Φωτ/φο πιστοποιητικού ή άλλου επίσημου εγγράφου από το οποίο να προκύπτει τόσο για τον αιτών όσο και για τον υπεύθυνο φαρμακοποιό εάν είναι διαφορετικό πρόσωπο, η κατοχή της Ελληνικής ιθαγένειας ή της ιθαγένειας-υπηκοότητας κράτους -μέλους της Ε.Ε.

5. Απόσπασμα Φορολογικής Ενημερότητας του αιτούντα από το οποίο να προκύπτει ότι είναι ενήμερος ως προς τις πάσης φύσεως οφειλές του προς το Ελληνικό Δημόσιο.

6. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (παρέχεται έντυπο - Υπόδειγμα 1) με θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής στην οποία ο αιτών 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 υπεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων και δεν έχω παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα.
- Β) Δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης.

Την ίδια Υπεύθυνη Δήλωση θα καταθέσει και ο δηλωθείς υπεύθυνος φαρμακοποιός εάν είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον αιτούντα.

7. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (παρέχεται έντυπο - Υπόδειγμα 2) με θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής στην οποία ο αιτών θα δηλώνει:

- Εάν έχει λάβει άλλη άδεια ίδρυσης φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε, εάν κατέχει δημόσια θέση, εάν λαμβάνει σύνταξη από οποιονδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης, εάν διευθύνει άλλο φαρμακείο, καθώς και εάν έχει υποβάλει αίτηση που να εκκρεμεί για τη χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα της Χώρας. Σε περίπτωση που υφίσταται άδεια ίδρυσης ή στην περίπτωση που εκκρεμεί αίτηση για τη χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης, αναγράφονται στην υπεύθυνη δήλωση και επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις.

Την ίδια Υπεύθυνη Δήλωση θα καταθέσει και ο δηλωθείς υπεύθυνος φαρμακοποιός εάν είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον αιτούντα.

8. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (παρέχεται έντυπο - Υπόδειγμα 3) με θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής από τον υπεύθυνο φαρμακοποιό ότι αποδέχεται τον ορισμό του από τον αιτούντα, ως υπευθύνου στο φαρμακείο που αιτείται ο δεύτερος την άδεια ίδρυσης (η ΥΔ αυτή κατατίθεται μόνο στην περίπτωση που ο αιτών δεν θα είναι ο ίδιος υπεύθυνος στο αιτούμενο φαρμακείο).

9. Για την πιστοποίηση της ιδιότητας του πολυτέκνου ή του τέκνου πολύτεκνης οικογένειας: Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του οικείου Δήμου και πιστοποιητικό της Ανώτατης Συνομοσπονδίας Πολυτέκνων Ελλάδος (ΑΣΠΕ).

9. Γραμμάτιο του Ταμείου παρακαταθηκών και Δανείων ποσού 5,87 ΕΥΡΩ ή κατάθεση αντίστοιχης αξίας Παράβολου Δημοσίου.

B. Οδηγίες - Πληροφορίες

- Για την ΠΑΜΘ/ΠΕ Καβάλας εκδόθηκε ξεχωριστή ανακοίνωση που βρίσκεται αναρτημένη στον ιστότοπο: <https://www.pamth.gov.gr/index.php/el/politis/farmakeia#pe-kavalas> όπου αναφέρονται αναλυτικά οι κενές θέσεις φαρμακείων που υφίστανται κατά την 31^η -12 -2025 καθώς και ο τρόπος με τον οποίο μπορούν να υποβάλουν τις αιτήσεις τους οι ενδιαφερόμενοι. **Η προθεσμία υποβολής αιτήσεων αρχίζει την 1/2/2026 και λήγει τη 15/2/2026 .**
- Για κάθε θέση φαρμακείου υποβάλλεται ξεχωριστή αίτηση. Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων για κατάληψη θέσεων φαρμακείων από το ίδιο πρόσωπο εντός της ίδιας Περι. Ενότητας, τα δικαιολογητικά θα κατατίθενται μόνο μια φορά στην Υπηρεσία, εκτός της Υ.Δ.-Υπόδειγμα 2, όπου θα κατατίθεται ξεχωριστά για κάθε αίτηση.
- Όλες οι αιτήσεις και οι Υ.Δ. ανεξαρτήτως του τρόπου υποβολής πρέπει να φέρουν το γνήσιο της υπογραφής.
- Σε κάθε περίοδο υποβολής αιτήσεων ο ενδιαφερόμενος έχει το δικαίωμα να υποβάλει συνολικά σε όλες τις περιφερειακές ενότητες της Χώρας το ανώτερο τέσσερις (4) αιτήσεις για χορήγηση άδειας ιδρύσεως φαρμακείου, επί ποινή ακυρώσεως του συνόλου των αιτήσεων.
- Σε κάθε περίοδο υποβολής αιτήσεων χορηγείται μία (1) άδεια ιδρύσεως φαρμακείου ανά αιτούντα, ανεξαρτήτως του αριθμού αιτήσεων που έχει υποβάλει. Στην περίπτωση που χορηγηθούν παραπάνω από μία (1) άδειες ιδρύσεως φαρμακείου, ο ενδιαφερόμενος υποχρεούται να παραιτηθεί των υπολοίπων εντός πέντε (5) εργασίμων ημερών από την κοινοποίηση σε αυτόν των εν λόγω αποφάσεων του οικείου Περιφερειάρχη περί χορηγήσεως

άδειας ιδρύσεως φαρμακείου. Σε διαφορετική περίπτωση, ανακαλείται αυτεπαγγέλτως το σύνολο των αδειών ιδρύσεως φαρμακείου που έχουν χορηγηθεί στον ανωτέρω φαρμακοποιό.

- Η χορηγούμενη άδεια ίδρυσης φαρμακείου είναι απόλυτα προσωπική και δεσμεύει τον φαρμακοποιό να καταρτίσει το φαρμακείο του σε προθεσμία έξι (6) μηνών από την έκδοσή της άλλως καθίσταται αυτοδικαίως άκυρη.
- Μεταξύ προσώπων που κατέθεσαν αίτηση για άδεια ίδρυσης φαρμακείου, προτιμώνται αυτοί όπου οι αιτούντες και οι δηλωθέντες από αυτούς υπεύθυνοι φαρμακοποιοί, δεν λαμβάνουν σύνταξη από οποιονδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης, και μεταξύ αυτών ισχύει η εξής σειρά: α) όσοι δεν έχουν σε ισχύ κατά το χρόνο χορήγησης της άδειας ίδρυσης, άλλη άδεια ίδρυσης φαρμακείου, β) όσοι υπεύθυνοι φαρμακοποιοί έχουν την αρχαιότερη άδεια εξάσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος, γ) όσοι υπεύθυνοι φαρμακοποιοί προηγούνται χρονικά στη λήψη του πανεπιστημιακού του πτυχίου της φαρμακευτικής σχολής και σε περίπτωση σύγχρονης λήψης του πτυχίου ο φαρμακοποιός με το μεγαλύτερο βαθμό πτυχίου και δ) όσοι έχουν την ιδιότητα του πολύτεκνου ή του τέκνου πολύτεκνης οικογένειας (Ν.4999/2022 άρθρο 50).
- Η πιστοποίηση της ιδιότητας του πολυτέκνου ή του τέκνου πολύτεκνης οικογένειας πρέπει να προκύπτει από τα υποβαλλόμενα έγγραφα ότι η συγκεκριμένη ιδιότητα υπήρχε κατά την ημέρα λήξης της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων.
- **Οι αιτήσεις κρίνονται συνολικά για κάθε θέση** ανεξάρτητα από την ημερομηνία κατάθεσης εφόσον υποβληθούν εμπρόθεσμα εντός της οριζόμενης προθεσμίας με βάση τα ανωτέρω κριτήρια (Ν.4509/2017 άρθρο 64).
- Οι αιτήσεις, που υποβάλλονται ηλεκτρονικά πέραν του ωραρίου εργασίας κατά τις εργάσιμες ημέρες (ήτοι μετά την 15:00) ή σε μη εργάσιμες ημέρες πρωτοκολλώνται την επόμενη εργάσιμη ημέρα. Για το εμπρόθεσμο της υποβολής λαμβάνεται υπόψιν το ηλεκτρονικό ίχνος λήψης του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου από το email της υπηρεσίας μας (dykavalas@pamth.gov.gr)
- Για περισσότερες πληροφορίες ή διευκρινήσεις οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στη Δ/νση Δημ. Υγείας και Κοιν. Μέριμνας ΠΕ Καβάλας στα στοιχεία επικοινωνίας που περιέχονται στην σχετική ανακοίνωση.