



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
 Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΕΙΑΣ & Κ.Μ
 Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
 ΤΜΗΜΑ ΥΠ. & ΕΠΑΓΓ. ΥΓΕΙΑΣ
 Δ/ΝΣΗ ΕΡ. ΣΤΑΥΡΟΥ 12 ΡΟΔΟΣ
 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:ΝΤΑΛΛΑΡΗ ΒΑΣ.
 ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2241364455

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ
 ΡΟΔΟΣ 21-1-2021
 Αρ.Πρωτ.: οικ 372

**ΘΕΜΑ: ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΕΝΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ
 ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΔΩΔ/ΣΟΥ ΟΠΩΣ ΑΥΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΘΗΚΑΝ
 ΜΕΧΡΙ 31-12-2020**

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΡΟΔΟΥ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΕΓΙΣΤΗΣ	492	0	1
ΔΗΜΟΣ ΡΟΔΟΥ	115.490		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ	7.615	7	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΤΑΒΥΡΟΥ	2.433	2	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΦΑΝΤΟΥ	6.911	6	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΑΛΥΣΟΥ	11.331	11	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ	9.364	9	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΜΕΙΡΟΥ	4.720	4	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΙΝΑΙΩΝ	3.957	4	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΟΤΙΑΣ ΡΟΔΟΥ	3.561	3	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΕΤΑΛΟΥΔΩΝ	14.962	14	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΡΟΔΟΥ	50.636	58	0
ΔΗΜΟΣ ΣΥΜΗΣ	2.590	2	0
ΔΗΜΟΣ ΤΗΛΟΥ	780	1	0

ΔΗΜΟΣ ΧΑΛΚΗΣ	478	0	1
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΩ	34.396		
ΔΗΜΟΣ ΚΩ	33.388		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΥ	7.130		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΑΣΦΕΝΔΙΟΥ	4.094	4	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΠΥΛΙΟΥ	3.036	2	1
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΡΑΚΛΕΙΔΩΝ	6.826		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΜΑΧΕΙΑΣ	2.538	1	1
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΔΑΜΑΙΝΑ	1.650	2	0
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΕΦΑΛΟΥ	2.638	1	1
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΩ	19.432	19	0
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	7.310		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	5.670		
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΠΑΘΟΥ	2.788	4	0
ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΑΠΕΡΙΟΥ	355	1	0
ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΑΡΚΑΣΑΣ	564	1	0
ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΒΩΛΑΔΑΣ	264	0	1
ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΜΕΝΕΤΩΝ	662	0	1
ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΜΕΣΟΧΩΡΙΟΥ	371	0	1
ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΟΘΟΥΣ	281	0	1
ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΠΥΛΩΝ	216	0	1
ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΣΠΟΩΝ	169	0	1
ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΟΛΥΜΠΟΥ	556		
ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΟΛΥΜΠΟΥ	556	0	1
ΔΗΜΟΣ ΚΑΣΟΥ	1084	1	0
ΔΗΜΟΣ ΝΙΣΥΡΟΥ	948	1	0

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΛΥΜΝΟΥ	29.786		
ΔΗΜΟΣ ΑΓΑΘΟΝΗΣΙΟΥ	158	0	1
ΔΗΜΟΣ ΑΣΤΥΠΑΛΛΙΑ	1.238	1	0
ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΥΜΝΙΩΝ	16.441	16	0
ΔΗΜΟΣ ΛΕΙΨΩΝ	790	1	0
ΔΗΜΟΣ ΠΑΤΜΟΥ	3.047	3	0
ΔΗΜΟΣ ΛΕΡΟΥ	7.917	7	0

ΠΡΟΣΟΧΗ

Οι αιτήσεις για την ίδρυση φαρμακείου μπορούν να υποβληθούν και ηλεκτρονικά από τον αιτούντα στην ηλεκτρονική διεύθυνση της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας m.valatsou@rho.pnai.gov.gr από 1 έως 15 Φεβρουαρίου 2021 (Ν. 4509/2017). Σε περίπτωση αδυναμίας του αιτούντος να υποβάλει την αίτηση ηλεκτρονικά, η κατάθεση της τελευταίας γίνεται ιδιοχείρως από τον αιτούντα ή να αποσταλεί ταχυδρομικά με θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής, στην Δ/ση Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας, της έδρας του φαρμακείου.

Αν υποβληθεί αίτηση σε ημέρα αργίας, η αίτηση θα πρωτοκολληθεί την επόμενη εργάσιμη ημέρα και αν υποβληθεί αίτηση ηλεκτρονικά πέραν του ωραρίου της εν λόγω Υπηρεσίας (15:00 μ.μ.), η αίτηση θα πρωτοκολληθεί την επομένη εργάσιμη ημέρα.

Ο αιτών οφείλει εντός μηνός από την υποβολή της αίτησης να υποβάλει στην Δ/ση Δημόσιας Υγείας, ηλεκτρονικά ή σε περίπτωση αδυναμίας του ιδιοχείρως, τα προβλεπόμενα από το νόμο δικαιολογητικά, σε διαφορετική περίπτωση η αίτηση παύει να έχει ισχύ.

Υπενθυμίζεται ότι σύμφωνα με την παράγραφο 3, του άρθρου 2, του Π.Δ. 64/2018 (Φ.Ε.Κ. 124/Α/11-07-2018), ο ανώτατος επιτρεπόμενος αριθμός χορηγούμενων αδειών στο ίδιο φυσικό πρόσωπο είναι έως δέκα (10) άδειες σε πανελλαδική κλίμακα. Επίσης, σύμφωνα με την παράγραφο 2, του άρθρου 2, του Π.Δ. 64/2018 (Φ.Ε.Κ. 124/Α/11-07-2018), κάθε αίτηση χορήγησης άδειας ίδρυσης φαρμακείου συνοδεύεται, επί ποινή απαραδέκτου της αίτησης, από υπεύθυνη δήλωση του αιτούντα, στην οποία αυτός δηλώνει τα πλήρη στοιχεία του υπεύθυνου φαρμακοποιού για τη λειτουργία του φαρμακείου. Διευκρινίζεται ότι δεν μπορεί να δηλώνεται φαρμακοποιός ως υπεύθυνος για περισσότερα από ένα (01) φαρμακεία. Στην περίπτωση χορήγησης άδειας ίδρυσης σε φαρμακοποιό, αυτός πρέπει να ορίζεται ως υπεύθυνος σε ένα εκ των φαρμακείων, για τα οποία λαμβάνει άδεια ίδρυσης.

Η ΑΝΤΙΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗΣ

ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ Ε ΓΙΑΣΙΡΑΝΗ



ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 του Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 του Ν.2690/1999)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων Υπηρεσιών
(άρθρο 8 παρ. 4 του Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος:
«ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ»

Προς:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΔΩΔ/ΣΟΥ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία
--------------	---	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ

Ο / Η Όνομα:	Επώνυμο:
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:
Όνομα Μητέρας:	Επώνυμο Μητέρας:
Α.Δ.Τ.ή Αρ.Διαβατηρ.:	Αρχή έκδοσης:
Α.Φ.Μ.:	Επώνυμο Συζύγου:
Ημ/νία Γέννησης:	Τόπος Γέννησης:
Τόπος Κατοικίας:	Οδός & Αριθμός:
T.K.	Τηλ./Fax:
Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ :	
Σε περίπτωση υποβολής της αίτησης από μη φαρμακοποιό, είναι Υποχρεωτική η υποβολή Υπεύθυνης δήλωσης του αιτούντος με τα πλήρη στοιχεία του υπευθύνου φαρμακοποιού που διαθέτει άδεια άσκησης επαγγέλματος (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, αριθμό δελτίου αστυνομικής ταυτότητας, ημερομηνία κτήσης της άδειας άσκησης).	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ⁽¹⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):

Ο / Η Όνομα:	Επώνυμο:
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:
Τόπος Κατοικίας:	Οδός & Αριθμός:
Τηλ:	Fax:

Α.Δ.Τ.:		⁽¹⁾ Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη.
---------	--	--

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις² που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στο Δήμο.....ή την Δημοτική Ενότητα.....

Ημερομηνία..... - - 20

(Υπογραφή)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΒΛΕΠΕ ΠΙΣΩ ΣΕΛΙΔΑ)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ (εντός 30 ημερών)
Αίτηση (υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχειρώς από τον αιτούντα Ν.4281/2014 αρ.216 ΦΕΚ 160 τ.Α' /8-8-2014)		
Α. Για του φαρμακοποιούς		
1) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής		
2) Αντίγραφο αδείας ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού στην Ελλάδα		
3) Πιστοποιητικό στο οποίο να φαίνεται ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια ή την υπηκοότητα κράτους μέλους της Ε.Ε. (Το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικατασταθεί με φωτοτυπία της ταυτότητας εφόσον αναγράφεται σ' αυτή η ιθαγένεια).		
4) Πρωτότυπο Γραμμάτιο Συστάσεως Παρακαταθήκης 6,00 € του ΤΑΜΕΙΟΥ ΠΑΡΑΚΑΤΑΘΗΚΩΝ & ΔΑΝΕΙΩΝ (στο οποίο θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του αιτούντος και ο Δήμος, η Δημοτική ενότητα και η Τοπική κοινότητα)		
5) Φορολογική ενημερότητα		
6) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: α. «Δεν οφείλω στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία». β. «Δεν έχω καταδικαστεί 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, δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων και επίσης δεν έχω παραπεμφθεί με το αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα» γ. «Δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης» δ. «Δεν έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε ή έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου, ή έχω υποβάλλει αίτηση που εκκρεμεί για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης στην Περιφερειακή Ενότητα και σας επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων» ε. «δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση» ή «κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και θα παραιτηθώ πριν ζητήσω την επιθεώρηση του νεοϊδρυθέντος φαρμακείου μου» ζ. «δεν διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών«προϊόντων ή διευθύνω φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών στο Δήμο		
Β. Για μη φαρμακοποιούς (πολίτες της Ελλάδας ή κράτους μέλους της Ε.Ε.)		
1) Τα δικαιολογητικά που αναφέρονται για τους φαρμακοποιούς στην προηγούμενη παράγραφο με αριθμό 3, 4, 5 και από το 6 τις Υπεύθυνες Δηλώσεις α. β. γ. και δ.		
2) και για τον φαρμακοποιό που θα αναλάβει την υπευθυνότητα του φαρμακείου του και <u>τον οποίο έχει δηλώσει με συνημμένη Υπεύθυνη Δήλωση στην αίτησή του</u> απαιτούνται τα δικαιολογητικά που αναφέρονται για τους φαρμακοποιούς στην προηγούμενη παράγραφο με αριθμό 1, 2, 3, 5 και 6 (όλες οι Υπεύθυνες δηλώσεις).		

1. Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνησίου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

2. «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 εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

Τ.Ε.7/16