



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**
**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ &  
ΣΤΟΝ ΙΣΤΟΤΟΠΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ [www.ppel.gov.gr](http://www.ppel.gov.gr)**
**ΝΑΥΠΛΙΟ 08 ΙΟΥΝΙΟΥ 2026**
**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ**

**Ταχ.Δ/νση** : Β. Παύλου 9, Ναύπλιο  
**Ταχ. Κώδικας** : 21100  
**Πληροφορίες** : Δ. Χατζηγεωργίου-Γ. Μαυραειδή  
**Τηλέφωνο** : 2752362261-257  
**Email** : [arg.tff@epel.gov.gr](mailto:arg.tff@epel.gov.gr)

**ΠΡΟΣ** : Περιφέρεια Πελοποννήσου  
Δ/νση Διαφάνειας &  
Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης  
-Τμήμα Πληροφορικής Π.Ε. Αργολίδας

**ΘΕΜΑ:** Γνωστοποίηση κενών θέσεων για χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην Π.Ε. Αργολίδας

- ΣΧΕΤ.:** 1. Οι διατάξεις του Π.Δ.131/10 (ΦΕΚ 224/Α/27-12-2010) Οργανισμός Περιφέρειας Πελοποννήσου, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.  
2. α) Το άρθρο 36 παρ.3 του Ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α/02-05-2011).  
β) Ο Ν.4272/2014 (άρθρο 30) και η υποπαράγραφος ΣΤ1 του Ν.4254/2014, όπως αντικαταστάθηκαν από το άρθρο 64 του Ν.4509/2017 (ΦΕΚ 201/Α/22-12-2017) και ισχύουν.  
γ) Ο Ν.4281/2014 άρθρα 216,217,218,219.  
δ) Η με αριθμ.55/2015 γνωμοδότηση του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.  
3. Το άρθρο 64 του Ν.4509/2017(ΦΕΚ 201/Α/22-12-2017).  
4. Το Π.Δ.64/2018 (ΦΕΚ 124/Α/11-07-2018) Ρυθμίσεις επαγγέλματος φαρμακοποιού- ίδρυση φαρμακείου.  
5. Το άρθρο 5 του Ν.4558/2018 (ΦΕΚ 140/Α/01-08-2018).  
6. Οι διατάξεις του άρθρου 29 του Ν. 4715/2020(ΦΕΚ 149/Α/2020)  
7. Οι διατάξεις του άρθρου 50 του Ν. 4999/2022(ΦΕΚ 225/Α/2022)

Σας γνωστοποιούμε στον πίνακα που ακολουθεί τις κενές θέσεις για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην Περιφερειακή Ενότητα Αργολίδας, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί έως **31-05-2026** και παρακαλούμε για την ανάρτηση των σχετικών στοιχείων στον ιστότοπο της Περιφέρειας Πελοποννήσου: [www.ppel.gov.gr](http://www.ppel.gov.gr)

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ**

Α/α (Σύμφωνα με το ΦΕΚ 2802/Β/26- 04-2023)	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	ΜΟΝΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
<b>5244</b>	<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ</b>	<b>93.216</b>		
<b>5271</b>	<b>ΔΗΜΟΣ ΑΡΓΟΥΣ-ΜΥΚΗΝΩΝ</b>	<b>39.994</b>		
<b>5272</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΓΟΥΣ</b>	<b>26.069</b>		
5275	Δ.Κ. ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ	384	0	1
5276	Δ.Κ. ΗΡΑΣ	322	0	1
5279	Δ.Κ. ΚΟΥΡΤΑΚΙΟΥ	229	0	1
5281	Δ.Κ. ΠΥΡΓΕΛΛΑΣ	361	0	1
<b>5282</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΛΕΑΣ</b>	<b>439</b>		
5283	Δ.Κ. ΣΚΟΤΕΙΝΗΣ	267	0	1
5284	Δ.Κ. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ	96	0	1
5285	Δ.Κ. ΑΛΕΑΣ	65	0	1
5286	Δ.Κ. ΦΡΟΥΣΙΟΥΝΑΣ	11	0	1
<b>5287</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΧΛΑΔΟΚΑΜΠΟΥ</b>	<b>407</b>		
5288	Δ.Κ. ΑΧΛΑΔΟΚΑΜΠΟΥ	407	0	1
<b>5289</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΥΤΣΟΠΟΔΙΟΥ</b>	<b>3.254</b>		
5291	Δ.Κ. ΒΡΟΥΣΤΙΟΥ	302	0	1
5292	Δ.Κ. ΜΑΛΑΝΤΡΕΝΙΟΥ	393	0	1
5293	Δ.Κ. ΣΧΙΝΟΧΩΡΙΟΥ	281	0	1
<b>5294</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΕΡΝΑΣ</b>	<b>2.747</b>		
5296	Δ.Κ. ΑΝΔΡΙΤΣΗΣ	35	0	1
5298	Δ.Κ. ΣΚΑΦΙΔΑΚΙΟΥ	812	0	1
<b>5299</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΥΡΚΕΙΑΣ</b>	<b>1450</b>		
5300	Δ.Κ. ΛΥΡΚΕΙΑΣ	263	0	1
5301	Δ.Κ. ΓΥΜΝΟΥ	261	0	1
5302	Δ.Κ. ΚΑΠΑΡΕΛΛΙΟΥ	147	0	1
5303	Δ.Κ. ΚΑΡΥΑΣ	491	0	1
5304	Δ.Κ. ΚΕΦΑΛΟΒΡΥΣΟΥ	46	0	1
5305	Δ.Κ. ΝΕΟΧΩΡΙΟΥ	41	0	1
5306	Δ.Κ. ΣΤΕΡΝΑΣ	122	0	1
5307	Δ.Κ. ΦΡΕΓΚΑΙΝΗΣ	79	0	1
<b>5308</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΥΚΗΝΑΙΩΝ</b>	<b>2.885</b>		
5309	Δ.Κ. ΜΥΚΗΝΩΝ	342	0	1
5310	Δ.Κ. ΛΙΜΝΩΝ	553	0	1
5311	Δ.Κ. ΜΟΝΑΣΤΗΡΑΚΙΟΥ	244	0	1
5312	Δ.Κ. ΜΠΟΡΣΑ	165	0	1
5314	Δ.Κ. ΠΡΟΣΥΜΝΗΣ	495	0	1

<b>5245</b>	<b>ΔΗΜΟΣ ΝΑΥΠΛΙΕΩΝ</b>	<b>32.625</b>		
<b>5246</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΑΥΠΛΙΕΩΝ</b>	<b>19.375</b>		
5250	Δ.Κ. ΠΥΡΓΙΩΤΙΚΩΝ	411	0	1
<b>5251</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΣΙΝΗΣ</b>	<b>5.077</b>		
5255	Δ.Κ. ΚΑΡΝΕΖΑΪΪΚΩΝ	55	0	1
<b>5257</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΙΔΕΑΣ</b>	<b>4.966</b>		
5259	Δ.Κ. ΑΝΥΦΙΟΥ	607	0	1
5260	Δ.Κ. ΑΡΑΧΝΑΙΟΥ	539	0	1
5261	Δ.Κ. ΑΡΓΟΛΙΚΟΥ	573	0	1
5262	Δ.Κ. ΗΡΑΙΟΥ	113	0	1
5263	Δ.Κ. ΜΑΝΕΣΗ	514	0	1
5264	Δ.Κ. ΜΙΔΕΑΣ	510	0	1
5265	Δ.Κ. ΠΑΝΑΡΙΤΗ	628	0	1
5266	Δ.Κ. ΠΟΥΛΛΑΚΙΔΑΣ	483	0	1
<b>5267</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΕΑΣ ΤΙΡΥΝΘΑΣ</b>	<b>3.207</b>		
5270	Δ.Κ. ΝΕΟΥ ΡΟΕΙΝΟΥ	429	0	1
<b>5318</b>	<b>ΔΗΜΟΣ ΕΠΙΔΑΥΡΟΥ</b>	<b>7.030</b>		
<b>5319</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ</b>	<b>3.612</b>		
5322	Δ.Κ. ΑΔΑΜΙΟΥ	274	0	1
5323	Δ.Κ. ΑΡΚΑΔΙΚΟΥ	177	0	1
<b>5324</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΔΑΥΡΟΥ</b>	<b>3.418</b>		
5328	Δ.Κ. ΤΡΑΧΕΙΑΣ	376	0	1
<b>5329</b>	<b>ΔΗΜΟΣ ΕΡΜΙΟΝΙΔΑΣ</b>	<b>13.567</b>		
<b>5330</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ</b>	<b>9.631</b>		
5335	Δ.Κ. ΦΟΥΡΝΩΝ	325	0	1
<b>5336</b>	<b>ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΡΜΙΟΝΗΣ</b>	<b>3.936</b>		
5338	Δ.Κ. ΗΛΙΟΚΑΣΤΡΟΥ	510	0	1
5339	Δ.Κ. ΘΕΡΜΗΣΙΑΣ	584	0	1

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:**

Έπειτα από τις ανωτέρω ισχύουσες διατάξεις, σας ενημερώνουμε ότι η έναρξη υποβολής αιτήσεων για άδεια ίδρυσης φαρμακείων καθορίζεται από **01-07-2026** έως και **15-07-2026**. Οι αιτήσεις υποβάλλονται Α) ηλεκτρονικά από τον αιτούντα στην ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail): [arg.tff@eppel.gov.gr](mailto:arg.tff@eppel.gov.gr) ή στην πλατφόρμα ψηφιακών υπηρεσιών της Περιφέρειας Πελοποννήσου [www.eservices.ppel.gov.gr](http://www.eservices.ppel.gov.gr) με χρήση κωδικών taxisnet ακολουθώντας τη διαδρομή Πιστοποιητικά-αιτήσεις → Τμήμα Φαρμάκων & Φαρμακείων → Άδεια ίδρυσης φαρμακείου (ΠΡΟΣΟΧΗ! ΟΧΙ άδεια ίδρυσης φαρμακείου νεοϊδρυθέντος με ήδη λειτουργούν) ή

Β) ιδιοχειρώς από τον αιτούντα φαρμακοποιό ή από εκπρόσωπο με εξουσιοδότηση, θεωρημένη σύμφωνα με το Νόμο για το γνήσιο της υπογραφής ή μέσω γον., στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας Π.Ε. Αργολίδας, Β. Παύλου 9, (2<sup>ος</sup> όροφος), Ναύπλιο.

Οι ηλεκτρονικές αιτήσεις που θα αποστέλλονται εργάσιμες μέρες και εντός του ωραρίου της υπηρεσίας μας από 07.00π.μ. έως 15.00μ.μ. θα πρωτοκολλούνται αμέσως. Όσες αιτήσεις

αποσταλούν πέραν του ωραρίου της υπηρεσίας καθώς και ημέρες αργιών, θα πρωτοκολλούνται την επόμενη εργάσιμη ημέρα.

Ο αιτών οφείλει εντός τριάντα (30) ημερών από την υποβολή της αίτησης να υποβάλλει στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφερειακής Ενότητας Αργολίδας ηλεκτρονικά, ή σε περίπτωση αδυναμίας του ιδιοχειρώς ή με εκπρόσωπο δυνάμει εξουσιοδότησης θεωρημένης σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής, τα προβλεπόμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά. Ο αιτών συνυποβάλλει υπεύθυνη δήλωση όπου 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 υποβάλλει (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 εκκρεμεί αίτηση για χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης, στην υπεύθυνη δήλωση αναγράφονται και επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις. Σε διαφορετική περίπτωση η αίτηση παύει να έχει ισχύ.

Σε κάθε περίοδο υποβολής αιτήσεων ο ενδιαφερόμενος έχει το δικαίωμα να υποβάλει συνολικά σε όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της χώρας το ανώτερο έως τέσσερις (4) αιτήσεις για χορήγηση άδειας ιδρύσεως φαρμακείου, επί ποινής ακυρώσεως του συνόλου των αιτήσεων. **Επίσης 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 άδειες ιδρύσεως φαρμακείου, ο ενδιαφερόμενος υποχρεούται να παραιτηθεί των υπολοίπων εντός πέντε (5) εργάσιμων ημερών από την κοινοποίηση σε αυτόν των εν λόγω αποφάσεων του οικείου Περιφερειάρχη. Σε διαφορετική περίπτωση ανακαλείται αυτεπαγγέλτως το σύνολο των αδειών ιδρύσεως φαρμακείου που έχουν χορηγηθεί στον ανωτέρω φαρμακοποιό.

Οι αιτήσεις για απόκτηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου κρίνονται συνολικά ως εξής:

Α. Εάν συντρέχουν αιτήσεις φαρμακοποιών ή / και ιδιωτών μη φαρμακοποιών με αιτήσεις συνεταιρισμών φαρμακοποιών μελών της ΟΣΦΕ, προτιμώνται οι φαρμακοποιοί ή / και ιδιώτες που αξιολογούνται με τα κριτήρια κατά το επόμενο εδάφιο και έπονται οι συνεταιρισμοί.

Β. Εάν συντρέχουν αιτήσεις φαρμακοποιών και ιδιωτών -μη φαρμακοποιών, προτιμάται κατά την εξής σειρά ή αίτηση:

α) εκείνου, που κατά τον χρόνο χορήγησης άδειας ίδρυσης, ο ίδιος και προκειμένου περί του ιδιώτη - μη φαρμακοποιού και ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός, δεν λαμβάνει σύνταξη από οποιονδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης, εξαιρουμένης της προσωρινής σύνταξης λόγω αναπηρίας.

β) εκείνου, που δεν έχει κατά το χρόνο χορήγησης άδειας ίδρυσης, άλλη άδεια ίδρυσης φαρμακείου ο ίδιος και προκειμένου περί του ιδιώτη-μη φαρμακοποιού και ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός,

γ) στην οποία η άδεια εξάσκησης του επαγγέλματος του φαρμακοποιού (αιτούμενου φαρμακοποιού ή του δηλωθέντος υπεύθυνου από τον αιτούντα ιδιώτη) είναι η αρχαιότερη,

δ) στην οποία ο φαρμακοποιός (ο αιτών φαρμακοποιός ή ο δηλωθείς από τον ιδιώτη αιτούντα υπεύθυνος φαρμακοποιός) προηγείται 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

ε) του πολύτεκνου ή του τέκνου πολύτεκνης οικογένειας.

Γ. Εάν συντρέχουν αιτήσεις περισσότερων του ενός φαρμακοποιών, η μεταξύ τους σειρά προτίμησης προκύπτει σύμφωνα με τα κριτήρια της υποπαρ. Β της παρούσας παραγράφου, αναλογικά εφαρμοζόμενα.

Δ. Εάν συντρέχουν αιτήσεις περισσότερων ιδιωτών, μη φαρμακοποιών, η μεταξύ τους σειρά καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια της υποπ. Β της παρούσας παραγράφου, αναλογικά εφαρμοζόμενα.

Σε οποιαδήποτε περίπτωση που τα ανωτέρω κριτήρια δεν επαρκούν για την προτίμηση, λόγω απόλυτης σύμπτωσης αυτών, η επιλογή γίνεται σύμφωνα με την χρονική σειρά κατάθεσης των αιτήσεων.

**Συνημμένα :** Αίτηση με δικαιολογητικά

**ΜΕ ΕΝΤΟΛΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗ  
Ο ΑΝΤΙΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗΣ  
Π.Ε ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ**

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Γ. ΣΙΔΕΡΗΣ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

- Φαρμακευτικός Σύλλογος Αργολίδας  
[fsargolidas@gmail.com](mailto:fsargolidas@gmail.com)

**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»**

<b>ΠΡΟΣ:</b>	<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &amp; ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ &amp; ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ</b>	<b>ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>  <b>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</b>
--------------	---	--

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ**

Ο/Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα πατέρα:		Επώνυμο πατέρα:	
Όνομα μητέρας:		Επώνυμο μητέρας:	
Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατηρίου:		Αρχή έκδοσης:	
Α.Φ.Μ.:		Επώνυμο Συζύγου:	
Ημ/νια Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλέφωνο:		Τ.Κ.	
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 επαγγέλματος)**

**ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ <sup>(1)</sup>(για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής πράξης):**

Ο/Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα πατέρα:		Επώνυμο πατέρα:	
Όνομα μητέρας:		Οδός & Αριθμός:	
Τηλέφωνο:		Τ.Κ.:	
Α.Δ.Τ.ή Αρ. Διαβατηρίου:		<sup>(1)</sup> 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 κυρώσεις<sup>2</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι:

**Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στην Δημοτική Κοινότητα**

..... του Δήμου .....

Ημερομηνία.....20....

(Υπογραφή)

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

<b>ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ</b>	<b>ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ</b>	<b>ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ</b>	<b>ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ</b>
1) Αίτηση			
<b>ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ</b>			
1) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής εάν ο αιτών είναι φαρμακοποιός, εάν είναι ιδιώτης μη φαρμακοποιός πτυχίο του δηλωθέντος από αυτόν υπεύθυνου φαρμακοποιού και εάν πρόκειται για 2 <sup>η</sup> άδεια ο υπεύθυνος φαρμακοποιός δηλώνεται με την αίτηση. Για πτυχιούχους εξωτερικού, χωρών Ε.Ε., πτυχίο (πρωτότυπο και επίσημη μετάφραση) – άδεια άσκησης επαγγέλματος σύμφωνα με την αντίστοιχη Κοινοτική Οδηγία.			
2) Αντίγραφο αδείας ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού της Ελλάδας ή κράτους- μέλους της Ε.Ε. εάν ο αιτών είναι φαρμακοποιός, και εάν είναι ιδιώτης μη φαρμακοποιός του δηλωθέντος από αυτόν υπεύθυνου φαρμακοποιού.			
3) Πιστοποιητικό Δήμου ή Κοινότητας ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια (το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικαθίσταται με υπεύθυνη δήλωση και φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας), ή υπηκοότητα ενός των κρατών – μελών της Ε.Ε.			
4) Γραμμάτιο παρακαταθήκης 6,00 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων.			
5) Να μην οφείλει στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία (Φορολογική ενημερότητα).			
6) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: «δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβιασμό, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση, για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματος μου, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Ποινικού Κώδικα όπως αυτός ισχύει, και δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα και καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο			

επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων και δεν έχω παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα».			
7) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: « δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης».			
8) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: « έχω λάβει ή δεν έχω λάβει ο ίδιος ή ο δηλωθείς από αυτόν υπεύθυνος φαρμακοποιός άδεια ίδρυσης φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε ή έχω υποβάλλει αίτηση που εκκρεμεί για τη χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην Περιφερειακή Ενότητα ..... και σας επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων. Με την κατάθεση της παρούσας αίτησης δεν υπερβαίνω τον μέγιστο αριθμό των τεσσάρων (4) αιτήσεων για την τρέχουσα περίοδο υποβολής, όπως ορίζει το άρθρο 29 του Ν.4715/2020 ». Στην υπεύθυνη δήλωση αναγράφονται και επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις. Σε διαφορετική περίπτωση η αίτηση παύει να έχει ισχύ.			
9) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: Δεν λαμβάνω σύνταξη από οποιονδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης.			
10) Ένα φάκελο Α4 με αυτιά και λάστιχα.			

**Σημείωση:**

- Από τα παραπάνω δικαιολογητικά τα 3, 4 και 5 πρέπει να έχουν εκδοθεί εντός τριμήνου.
- Ο αιτών οφείλει εντός τριάντα (30) ημερών από την υποβολή της αίτησης να υποβάλει τα δικαιολογητικά στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας της έδρας του φαρμακείου. Σε διαφορετική περίπτωση η αίτηση παύει να ισχύει.

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».