



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

 Αναρτητέα στο διαδίκτυο & ανάρτηση στον ιστότοπο της Περιφέρειας Πελοποννήσου: www.ppel.gov.gr

Κόρινθος: 18/06/2026

Αριθμ. Πρωτ.: 202492/Σ.72117

**ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ**

Ταχ. Διεύθυνση : Αγίου Νικολάου 29
Ταχ. Κώδικας : 20131
Πληροφορίες : Π. ΣΤΑΘΑ
Τηλέφωνο : 2741363256
Email : p.statha@pekorinthias.gr

ΘΕΜΑ : «Γνωστοποίηση κενών θέσεων φαρμακείων για χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην Περιφερειακή Ενότητα Κορινθίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ :

1. Τις διατάξεις του Π.Δ. 131/10 (ΦΕΚ224/Α'/27-12-10) Οργανισμός Περιφέρειας Πελοποννήσου, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
2. Τις διατάξεις της ΥΠΟ παραγράφου ΣΤ1 του Ν. 4254/14
3. Τις διατάξεις των άρθρων 216,217, του Ν.4281/14 & Ν.4509/17
4. Το Π.Δ. 64/2018(Α' 124)
5. Τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 4558/18(ΦΕΚ 140 τ. Α')
6. Τις διατάξεις του άρθρου 29 του Ν.4715/20(ΦΕΚ 149 τ. Α')
7. Τις διατάξεις του άρθρου 50 του Ν. 4999/22(ΦΕΚ 225τ. Α')
8. Τις διατάξεις της αριθμ.2846/Β4-461/23 απόφασης (ΦΕΚ 2802Β/26-4-23).
9. Τις διατάξεις του άρθρου 33 του Ν.5302/26(ΦΕΚ78τ.Α')

Έχοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά, σας γνωστοποιούμε τον παρακάτω πίνακα με τις κενές θέσεις για την χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου, όπως έχουν διαμορφωθεί **έως 31/05/2026** στην Περιφερειακή Ενότητα Κορινθίας και παρακαλούμε για την ανάρτηση των σχετικών στοιχείων στον ιστότοπο της Περιφέρειας Πελοποννήσου www.ppel.gov.gr.

Α/Α(ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗ 2846/Β4-461 ΦΕΚ2802/23τ.Β)	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	ΜΟΝΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ/ΥΠΟ ΙΔΡΥΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

5340	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ(έδρα Κόρινθος)	138.310		
5341	ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΙΝΘΙΩΝ	55.941		
5342	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΡΙΝΘΙΩΝ	38.485		
5343	Δημοτική Κοινότητα Κορίνθου	30.816	30	0
5344	Δημοτική Κοινότητα Αρχ. Κορίνθου	2.860	2	0
5345	Δημοτική Κοινότητα Εξαμιλίων	2.670	2	0
5346	Δημοτική Κοινότητα Ξυλοκερίζης	1.363	1	0
5347	Δημοτική Κοινότητα Σολομού	776	1	0
5348	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΣΣΟΥ-ΛΕΧΑΙΟΥ	6.721		
5349	Δημοτική Κοινότητα Περιγιαλίου	1.474	1	0
5350	Δημοτική Κοινότητα Άσσου	1.889	2	0
5351	Δημοτική Κοινότητα Κάτω Άσσου	686	1	0
5352	Δημοτική Κοινότητα Λεχαιού	2.672	2	0
5353	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΑΡΩΝΙΚΟΥ	4.700		
5354	Δημοτική Κοινότητα Αθικίων	1.942	2	0
5355	Δημοτική Κοινότητα Αγ. Ιωάννου	279	0	1
5356	Δημοτική Κοινότητα Γαλατακίου	2.248	2	0
5357	Δημοτική Κοινότητα Κατακαλίου	231	0	1
5358	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΟΛΥΓΕΙΑΣ	1.867		
5359	Δημοτική Κοινότητα Σοφικού	1.287	1	0
5360	Δημοτική Κοινότητα Αγγελοκάστρου	261	0	1
5361	Δημοτική Κοινότητα Κόρφου	319	1	0
5362	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΕΝΕΑΣ	4.168		
5363	Δημοτική Κοινότητα Χιλιομοδίου	1.510	2	0
5364	Δημοτική Κοινότητα Αγιονορίου	180	0	1
5365	Δημοτική Κοινότητα Αγ. Βασιλείου	1.025	1	0
5366	Δημοτική Κοινότητα Κλένιας	658	1	0
5367	Δημοτική Κοινότητα Κουταλά	578	0	1
5368	Δημοτική Κοινότητα Στεφανίου	217	0	1
5369	ΔΗΜΟΣ ΒΕΛΟΥ – ΒΟΧΑΣ (έδρα Ζευγολατείου,το)	17.883		
5370	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΟΧΑΣ	10.156		
5371	Δημοτική Κοινότητα Ζευγολατείου	4.269	4	0

5372	Δημοτική Κοινότητα Βοχαιϊκού	923	1	0
5373	Δημοτική Κοινότητα Βραχατίου	3.603	3	0
5374	Δημοτική Κοινότητα Ευαγγελιστρίας	197	0	1
5375	Δημοτική Κοινότητα Μπολατίου	715	1	0
5376	Δημοτική Κοινότητα Σουληναρίου	209	0	1
5377	Δημοτική Κοινότητα Χαλκείου	240	0	1
5378	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΕΛΟΥ	7.727		
5379	Δημοτική Κοινότητα Βέλου	2.997	3	0
5380	Δημοτική Κοινότητα Ελληνοχωρίου	278	0	1
5381	Δημοτική Κοινότητα Κοκκωνίου	1.060	1	0
5382	Δημοτική Κοινότητα Κρηνών	1.033	1	0
5383	Δημοτική Κοινότητα Νεράντζης	618	1	0
5384	Δημοτική Κοινότητα Πουλλίτσας	572	1	0
5385	Δημοτική Κοινότητα Στιμάγκας	819	1	0
5386	Δημοτική Κοινότητα Ταρσινών	350	0	1
5387	ΔΗΜΟΣ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ - ΠΕΡΑΧΩΡΑΣ - ΑΓ. ΘΕΟΔΩΡΩΝ	22.016		
5388	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ - ΠΕΡΑΧΩΡΑΣ	17.082		
5389	Δημοτική Κοινότητα Λουτρακίου Περαχώρας	13.919	13	0
5390	Δημοτική Κοινότητα Ισθμίας	2.709	2	0
5391	Δημοτική Κοινότητα Πισίων	454	0	1
5392	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΓ. ΘΕΟΔΩΡΩΝ	4.934		
5393	Δημοτική Κοινότητα Αγ. Θεοδώρων	4.934	5	0
5394	ΔΗΜΟΣ ΝΕΜΕΑΣ (έδρα:Νεμέα)	5.713		
5395	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΕΜΕΑΣ	5.713		
5396	Δημοτική Κοινότητα Νεμέας	3.505	4	0
5397	Δημοτική Κοινότητα Αηδονίων	159	0	1
5398	Δημοτική Κοινότητα Αρχ. Νεμέας	428	0	1
5399	Δημοτική Κοινότητα Αρχ. Κλεωνών	540	1	0
5400	Δημοτική Κοινότητα Γαλατά	54	0	1
5401	Δημοτική Κοινότητα Δάφνης	222	0	1
5402	Δημοτική Κοινότητα Καστρακίου	180	0	1
5403	Δημοτική Κοινότητα Κουτσιού	139	0	1
5404	Δημοτική Κοινότητα Λεοντίου	215	0	1

5405	Δημοτική Κοινότητα Πετρίου	271	0	1
5406	ΔΗΜΟΣ ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ - ΕΥΡΩΣΤΙΝΗΣ(έδρα: Ξυλόκαστρον)	15.570		
5407	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΞΥΛΟΚΑΣΤΡΟΥ	12.102		
5408	Δημοτική Κοινότητα Ξυλόκαστρου	5.601	7	0
5409	Δημοτική Κοινότητα Άνω Τρικάλων	109	0	1
5410	Δημοτική Κοινότητα Γελνιαιτικών	379	0	1
5411	Δημοτική Κοινότητα Δένδρου	67	0	1
5412	Δημοτική Κοινότητα Ζεμενού	227	0	1
5413	Δημοτική Κοινότητα Θαλερού	133	0	1
5414	Δημοτική Κοινότητα Θροφαρίου	55	0	1
5415	Δημοτική Κοινότητα Καμαρίου	884	1	0
5416	Δημοτική Κοινότητα Καρυάς	569	0	1
5417	Δημοτική Κοινότητα Κάτω Λουτρού	392	0	1
5418	Δημοτική Κοινότητα Κάτω Συνοικίας Τρικάλων	286	0	1
5419	Δημοτική Κοινότητα Κορφιωτίσσης	75	0	1
5420	Δημοτική Κοινότητα Λαγκαδαιίων	34	0	1
5421	Δημοτική Κοινότητα Μάννας	340	0	1
5422	Δημοτική Κοινότητα Μελισσίου	781	1	0
5423	Δημοτική Κοινότητα Μέσης Συνοικίας Τρικάλων	105	0	1
5424	Δημοτική Κοινότητα Νέων Βρυσουλών	74	0	1
5425	Δημοτική Κοινότητα Ξανθοχωρίου	90	0	1
5426	Δημοτική Κοινότητα Παναριτίου	246	0	1
5427	Δημοτική Κοινότητα Πελλήνης	61	0	1
5428	Δημοτική Κοινότητα Πιτσών	491	1	0
5429	Δημοτική Κοινότητα Ρεθίου	110	0	1
5430	Δημοτική Κοινότητα Ρίζης	295	0	1
5431	Δημοτική Κοινότητα Σοφινών	55	0	1
5432	Δημοτική Κοινότητα Στυλίων	86	0	1
5433	Δημοτική Κοινότητα Συκέας	557	1	0
5334	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΥΡΩΣΤΙΝΗΣ	3.468		
5435	Δημοτική Κοινότητα Δερβενίου	941	1	0
5436	Δημοτική Κοινότητα Ελληνικού	47	0	1

5437	Δημοτική Κοινότητα Ευρωστίνης Ροζενών	606	1	0
5438	Δημοτική Κοινότητα Καλλιθέας	167	0	1
5439	Δημοτική Κοινότητα Λυγιάς	309	1	0
5440	Δημοτική Κοινότητα Λυκοποριάς	612	1	0
5441	Δημοτική Κοινότητα Πύργου	380	0	1
5442	Δημοτική Κοινότητα Σαραντάπηχου	123	0	1
5443	Δημοτική Κοινότητα Στομίου	146	0	1
5444	Δημοτική Κοινότητα Χελυδορέου	137	0	1
5445	ΔΗΜΟΣ ΣΙΚΥΩΝΙΩΝ(έδρα: Κιάτο)	21.187		
5446	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΙΚΥΩΝΙΩΝ	17.962		
5447	Δημοτική Κοινότητα Σικυώνος - Κιάτου	9.907	15	0
5448	Δημοτική Κοινότητα Αρχ. Σικυώνος - Βασιλικού	933	0	1
5449	Δημοτική Κοινότητα Βελίνης	106	0	1
5450	Δημοτική Κοινότητα Γονούσσης	120	0	1
5451	Δημοτική Κοινότητα Διμηνιού	523	0	1
5452	Δημοτική Κοινότητα Κάτω Διμηνιού	1.242	1	0
5453	Δημοτική Κοινότητα Κλημεντίου	143	0	1
5454	Δημοτική Κοινότητα Κρουονερίου	768	1	0
5455	Δημοτική Κοινότητα Λαλιώτου	381	0	1
5456	Δημοτική Κοινότητα Μεγάλου Βάλτου	383	0	1
5457	Δημοτική Κοινότητα Μικρού Βάλτου	173	0	1
5458	Δημοτική Κοινότητα Μουλκίου	1.220	1	0
5459	Δημοτική Κοινότητα Μποζικά	189	0	1
5460	Δημοτική Κοινότητα Παραδεισίου	61	0	1
5461	Δημοτική Κοινότητα Πασίου	1.239	1	0
5462	Δημοτική Κοινότητα Σουλίου	434	0	1
5463	Δημοτική Κοινότητα Τιτάνης	140	0	1
5464	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤΥΜΦΑΛΙΑΣ	1.898		
5465	Δημοτική Κοινότητα Καλιανών	127	1	0
5466	Δημοτική Κοινότητα Ασπροκάμπου	197	0	1
5467	Δημοτική Κοινότητα Δροσοπηγής	55	0	1
5468	Δημοτική Κοινότητα Καισαρίου	354	0	1
5469	Δημοτική Κοινότητα Καστανέας	169	0	1

5470	Δημοτική Κοινότητα Κεφαλαρίου	208	0	1
5471	Δημοτική Κοινότητα Κυλλήνης	90	0	1
5472	Δημοτική Κοινότητα Λαύκας	206	0	1
5473	Δημοτική Κοινότητα Στυμφαλίας	160	0	1
5474	Δημοτική Κοινότητα Ψαρίου	332	0	1
5475	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΦΕΝΕΟΥ	1.327		
5476	Δημοτική Κοινότητα Γκούρας	233	1	0
5477	Δημοτική Κοινότητα Αρχ. Φενεού	220	0	1
5478	Δημοτική Κοινότητα Κάτω Ταρσού	26	0	1
5479	Δημοτική Κοινότητα Ματίου	206	0	1
5480	Δημοτική Κοινότητα Μεσινού	285	0	1
5481	Δημοτική Κοινότητα Μοσιάς	164	0	1
5482	Δημοτική Κοινότητα Πανοράματος	52	0	1
5483	Δημοτική Κοινότητα Στενού	68	0	1
5484	Δημοτική Κοινότητα Φενεού	73	0	1

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

1. Η υπηρεσία θα δέχεται αιτήσεις σε μορφή PDF στο email: p.statha@pekorinthias.gr ή ιδιοχείρως από τον αιτούντα φαρμακοποιό ή από εκπρόσωπο του, με εξουσιοδότηση θεωρημένη σύμφωνα με το νόμο για το γνήσιο της υπογραφής ή μέσω του gov.gr, εντός του Α΄ δεκαπενθημέρου του μηνός ΙΟΥΛΙΟΥ 2026 ήτοι από 01/07/26 έως 15/07/26 στη Δ/ση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφερειακής Ενότητας Κορινθίας.

2. Αν υποβληθεί ηλεκτρονικά αίτηση για άδεια ίδρυσης φαρμακείου σε αργία θα πρωτοκολλείται την επόμενη εργάσιμη ημέρα, καθώς επίσης αν υποβληθεί αίτηση πέραν του ωραρίου της Δ/σης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας μετά της (15:00) το μεσημέρι θα πρωτοκολλείται την επόμενη εργάσιμη.

3. Σε κάθε περίοδο υποβολής αιτήσεων ο ενδιαφερόμενος έχει 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, χορηγείται δε 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.

Συνημμένα : Αίτηση με δικ/κά

Ο ΑΝΤΙΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗΣ

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΓΚΙΟΛΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ:

ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ:

1. Διεύθυνση Διαφάνειας και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης
Τμήμα: Πληροφορικής Π.Ε. Κορινθίας

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Γραφείο Αντιπεριφερειάρχη Π.Ε. Κορινθίας
2. Περιφέρεια Πελοποννήσου
Γεν. Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας
Γρ. Γενικού Δ/ντη
3. Φαρμακευτικό Σύλλογο Κορινθίας
Fasyko@otenet.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- α. Γρ. Προϊσταμένου Δ/σης
- β. Γρ. Προϊσταμένου του τμήματος



ΔΥ45

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»

βάσει του άρ. 36 του Ν. 3918/2011, του άρ. 64 του Ν. 4509/2017, του Π.Δ. 64/2018, του άρ. 30 του Ν. 4272/2014 και του άρ. 29 του Ν. 4715/2020

Προς:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ – ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	
	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ		
Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥ..... – ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΟΥ.....			
Ο / Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Α.Δ.Τ.ή		Αρχή έκδοσης:	
Α.Φ.Μ.:		Επώνυμο	
Ημ/νία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός & Αριθμός:	
Τ.Κ.		Τηλ:	
Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ :			
<p>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).</p>			

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:		E mail:	
A.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..... τη Δημοτική Κοινότητα.....

Για την εν λόγω κενή θέση φαρμακείου ορίζω υπεύθυν... φαρμακοποιό τ
....., σύμφωνα με την υπεύθυνη δήλωση που συνυποβάλλω.

Ημερομηνία, -- 202.....
(Υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ (εντός 30 ημερών)
Αίτηση ΔΥ45 (υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχειρώς από τον αιτούντα φαρμακοποιό ή τον ιδιώτη (Ν.4281/2014, άρ.216, Φ.Ε.Κ. 160 τ.Α΄/08-08-2014))		
A. Για τους αιτούντες φαρμακοποιούς:		
1) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής (Υποβάλλεται απλό φωτοαντίγραφο πτυχίου από ελληνικό πανεπιστήμιο. Εάν πρόκειται για τίτλο της αλλοδαπής υποχρεωτικά φέρει σφραγίδα Χάγης, είναι μεταφρασμένος στην ελληνική και υποβάλλεται ο τίτλος και η μετάφρασή του σε αντίγραφα επικυρωμένα από δικηγόρο).		
2) Απλό φωτοαντίγραφο 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. ή Φωτοτυπία Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας, εφ' όσον αναγράφεται σ' αυτή η ιθαγένεια.		
4) Πρωτότυπο Γραμμάτιο Συστάσεως Παρακαταθήκης 6,00 € του ΤΑΜΕΙΟΥ ΠΑΡΑΚΑΤΑΘΗΚΩΝ & ΔΑΝΕΙΩΝ για άδεια ίδρυσης φαρμακείου (στο οποίο θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του αιτούντος και ο Δήμος ή η Δημοτική ενότητα) (Το Τ.Π.Κ.Δ. βρίσκεται Ακαδημίας 40, Αθήνα ή σε παράρτημα αυτού) Σε περίπτωση ηλεκτρονικής αποστολής της αίτησης και των δικαιολογητικών, υφίσταται η υποχρέωση αποστολής ή κατάθεση του πρωτότυπου γραμματίου.		
5) Φορολογική ενημερότητα - Ασφαλιστική 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 κακούργηματικού 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. Δε λαμβάνω σύνταξη από οποιονδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης ή λαμβάνω σύνταξη από φορέα κοινωνικής ασφάλισης (σημειώνεται ο φορέας και η ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησης)		

ή λαμβάνω προσωρινή σύνταξη αναπηρίας (σημειώνεται ο φορέας και η ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησης)		
<p>7) Υπεύθυνη δήλωση με τα παρακάτω στοιχεία τα οποία υποχρεούται ο αιτών να συμπληρώσει κατά περίπτωση ανάλογα με το τι ισχύει:</p> <p>α. «Δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης»</p> <p>β. «Δεν έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε</p> <p>ή Έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου (περιγράφοντας τι ισχύει τώρα, για παράδειγμα εάν έχει ανακληθεί ή είναι σε βμηνη δέσμευση)</p> <p>γ. Έχω υποβάλλει αίτηση ή αιτήσεις που εκκρεμούν για τη χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης στ... Περιφερειακ... Ενόττητ.... και σας επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων»</p> <p>ε. Δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση</p> <p>ή Κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και θα παραιτηθώ από αυτή πριν ζητήσω την επιθεώρηση του νεοϊδρυθέντος φαρμακείου μου.</p> <p>στ. Δε διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων</p> <p>ή Διευθύνω φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών στο Δήμο</p> <p>ζ. Με την κατάθεση της παρούσας αίτησης δεν υπερβαίνω το μέγιστο αριθμό των τεσσάρων (04) αιτήσεων για την τρέχουσα περίοδο υποβολής (.....), όπως ορίζει το άρθρο 29, του Ν. 4715/2020.»</p> <p>η. Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ/Η ΜΕ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΦΟΣΟΝ ΕΧΕΙ ΛΑΒΕΙ ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ</p> <p>ι. «Αποδέχομαι τη χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου στ.. Δημ..... ή στ.... Δημοτική Κοινότητα και δηλώνω ότι είναι η μοναδική άδεια ίδρυσης φαρμακείου που αποδέχομαι για την τρέχουσα περίοδο υποβολής αιτήσεων (.....), σύμφωνα με το άρθρο 29 του Ν. 4715/2020.»</p> <p>ii. «Με την αποδοχή της παραπάνω θέσης δεν έχω υπερβεί, ούτε πρόκειται να υπερβώ το μέγιστο αριθμό των δέκα (10) αδειών ίδρυσης φαρμακείου, όπως ορίζει η παρ.3, άρθ.2, του Π.Δ. 64/2018 (Φ.Ε.Κ. 124/Α/11-07-2018).»</p>		
Β. Για αιτούντες μη φαρμακοποιούς (πολίτες της Ελλάδας ή κράτους μέλους της Ε.Ε.)		
1) Πιστοποιητικό στο οποίο να φαίνεται ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια ή την υπηκοότητα κράτους μέλους της Ε.Ε. ή Φωτοτυπία Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας, εφ' όσον αναγράφεται σ' αυτή η ιθαγένεια.		
2) Φορολογική ενημερότητα -Ασφαλιστική ενημερότητα		
3) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 με το εξής κείμενο:		

<p>α. «Δεν οφείλω στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία».</p> <p>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»</p>		
<p>4) Πρωτότυπο Γραμματίο Συστάσεως Παρακαταθήκης 6,00 € του ΤΑΜΕΙΟΥ ΠΑΡΑΚΑΤΑΘΗΚΩΝ & ΔΑΝΕΙΩΝ για άδεια ίδρυσης φαρμακείου (στο οποίο θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του αιτούντος και ο Δήμος ή η Δημοτική ενότητα) (Το Τ.Π.Κ.Δ. βρίσκεται Ακαδημίας 40, Αθήνα ή σε παράρτημα αυτού) Σε περίπτωση ηλεκτρονικής αποστολής της αίτησης και των δικαιολογητικών, υφίσταται η υποχρέωση αποστολής ή κατάθεση του πρωτότυπου γραμματίου.</p>		
<p>6) Υπεύθυνη δήλωση με τα παρακάτω στοιχεία τα οποία υποχρεούται ο αιτών να συμπληρώσει κατά περίπτωση ανάλογα με το τι ισχύει:</p> <p>α. «Δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης»</p> <p>β. «Δεν έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε</p> <p>ή Έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου (περιγράφοντας τι ισχύει τώρα, για παράδειγμα εάν έχει ανακληθεί ή είναι σε βμηνη δέσμευση)</p> <p>γ. Έχω υποβάλλει αίτηση ή αιτήσεις που εκκρεμούν για τη χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης στ... Περιφερειακ... Ενότητ... και σας επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων»</p> <p>ε. Δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση</p> <p>ή Κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και θα παραιτηθώ από αυτή πριν ζητήσω την επιθεώρηση του νεοϊδρυθέντος φαρμακείου μου.</p> <p>στ. Δε διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων</p> <p>ή Διευθύνω φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών στο Δήμο</p> <p>ζ. Με την κατάθεση της παρούσας αίτησης δεν υπερβαίνω το μέγιστο αριθμό των τεσσάρων (04) αιτήσεων για την τρέχουσα περίοδο υποβολής (.....), όπως ορίζει το άρθρο 29*, του Ν. 4715/2020.»</p> <p>η. Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ/Η ΜΕ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΦΟΣΟΝ ΕΧΕΙ ΛΑΒΕΙ ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ</p> <p>ι. «Αποδέχομαι τη χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου στ..</p>		

<p>Δημ..... ή στ..... Δημοτική Κοινότητα και δηλώνω ότι είναι η μοναδική άδεια ίδρυσης φαρμακείου που αποδέχομαι για την τρέχουσα περίοδο υποβολής αιτήσεων (.....), σύμφωνα με το άρθρο 29 του Ν. 4715/2020.»</p> <p>ii. «Με την αποδοχή της παραπάνω θέσης δεν έχω υπερβεί, ούτε πρόκειται να υπερβώ το μέγιστο αριθμό των δέκα (10) αδειών ίδρυσης φαρμακείου, όπως ορίζει η παρ.3, άρθ.2, του Π.Δ. 64/2018 (Φ.Ε.Κ. 124/Α/11-07-2018).»</p>		
<p>7) Υπεύθυνη δήλωση ορισμού υπευθύνου φαρμακοποιού: «Δηλώνω ότι ορίζω υπεύθυν.... φαρμακοποιό τ... (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο), κάτοχο της υπ' αριθμόν πρωτοκόλλου άδειας άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού, που εκδόθηκε από και την οποία επισυνάπτω.</p>		
<p>Για τον υπεύθυνο φαρμακοποιό που ορίζει ο αιτών ιδιώτης ή ο φαρμακοποιός που κατέχει ήδη άδεια ίδρυσης και λειτουργίας:</p>		
<p>1) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής (Υποβάλλεται απλό φωτοαντίγραφο πτυχίου από ελληνικό πανεπιστήμιο. Εάν πρόκειται για τίτλο της αλλοδαπής υποχρεωτικά φέρει σφραγίδα Χάγης, είναι μεταφρασμένος στην ελληνική και υποβάλλεται ο τίτλος και η μετάφρασή του σε αντίγραφα επικυρωμένα από δικηγόρο).</p>		
<p>2) Απλό φωτοαντίγραφο αδειας ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού στην Ελλάδα.</p>		
<p>3) Πιστοποιητικό στο οποίο να φαίνεται ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια ή την υπηκοότητα κράτους μέλους της Ε.Ε. ή Φωτοτυπία Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας, εφ' όσον αναγράφεται σ' αυτή η ιθαγένεια.</p>		
<p>4) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 με το εξής κείμενο:</p> <p>α. «Δεν οφείλω στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία».</p> <p>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»</p> <p>γ. Δε λαμβάνω σύνταξη από οποιονδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης ή λαμβάνω σύνταξη από φορέα κοινωνικής ασφάλισης (σημειώνεται ο φορέας και η ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησης)</p>		

ή λαμβάνω προσωρινή σύνταξη αναπηρίας (σημειώνεται ο φορέας και η ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησης)		
<p>5) Υπεύθυνη δήλωση με τα παρακάτω στοιχεία τα οποία υποχρεούται ο αιτών να συμπληρώσει κατά περίπτωση ανάλογα με το τι ισχύει:</p> <p>α. «Δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης»</p> <p>β. «Δεν έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε</p> <p>ή Έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου (περιγράφοντας τι ισχύει τώρα, για παράδειγμα εάν έχει ανακληθεί ή είναι σε βμηνη δέσμευση)</p> <p>γ. Έχω υποβάλλει αίτηση ή αιτήσεις που εκκρεμούν για τη χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης στ... Περιφερειακ... Ενότητ.... και σας επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων</p> <p>ε. Δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση</p> <p>ή Κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και θα παραιτηθώ από αυτή πριν ζητήσω την επιθεώρηση του νεοϊδρυθέντος φαρμακείου μου.</p> <p>στ. Δε διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων</p> <p>ή Διευθύνω φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών στο Δήμο</p> <p>ζ. Αποδέχομαι τη θέση τ.... υπευθυν.... Φαρμακοποιού, εφόσον ... αι..... (ιδιώτης/φαρμακοποιός) λάβει τη σχετική άδεια ίδρυσης.</p>		

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 ή μέσω του gov.gr.

2. Η αίτηση και οι υπεύθυνες δηλώσεις φέρουν το γνήσιο υπογραφής των δηλούντων εκτός αν υπογράψουν ενώπιον του υπαλλήλου της υπηρεσίας κατάθεσης της αίτησης.

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

