

# **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΟΠΥΥ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ (για όλες τις περιπτώσεις, νέο φαρμακείο, συστέγαση, μεταφορά κ.λ.π.)**

Σας παραθέτουμε δύο δικαιολογητικά που αφού τα συμπληρώσετε θα επικοινωνήσετε με το μητρώο του Συλλόγου στα τηλέφωνα 210 5220955, 2105220954, ώστε ανάλογα την περίπτωση να σας ενημερώσει τι επιπλέον δικαιολογητικά χρειάζεστε.

Αφού συμπληρώσετε όλα τα δικαιολογητικά θα τα καταθέσετε στον ΕΟΠΥΥ :

Αποστόλου Παύλου 12  
(πίσω από το Golden Hall)  
Μαρούσι  
2<sup>ος</sup> όροφος – γραφείο 9  
κ.Μουρούτσου Ξανθή  
τηλ. 2108110650 – 651  
φαξ : 210 8110676  
( ώρες 8:00 – 14:00)

\*ακολουθούν τα δύο βασικά δικαιολογητικά :



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας  
www.eopyy.gov.gr

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ  
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ

**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ  
ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΟΛΑ  
ΤΑ ΠΕΔΙΑ**

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ (ΣΦΡΑΓΙΔΑ)				ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ			
				ΝΟΜΟΣ:			
				ΠΟΛΗ:			
				ΟΔΟΣ:			
				ΑΡΙΘΜΟΣ:		T.K.:	
				ΤΗΛ:			
ΑΦΜ				FAX:			
ΔΟΥ				E-MAIL:			

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ Ή ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ Ή ΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ:	..... / ..... / .....		
ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΟ Φ.Π.Α.	<table border="1"> <tr> <td>ΝΑΙ</td> <td>ΟΧΙ</td> </tr> </table>	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΝΑΙ	ΟΧΙ		

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ										
Α/Α	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΤΣΑΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ ΣΤΟ ΤΣΑΥ	ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩ ΣΕΙ ΣΕΤΙΑ ΣΤΟ ΤΣΑΥ	ΠΑΛΛΙΟΣ ή ΝΕΟΣ ΛΙΣΦΝΟΣ	ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ			
							ΣΥΝΤ ΑΣΗ	ΠΕΡΙ - ΘΑΛΩΦΗ	ΠΡΟ - ΝΟΙΑ	ΣΤΕ ΠΗ
1.				..... / ..... / .....	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΠΑΛΛΙΟΣ ΝΕΟΣ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ
2.				..... / ..... / .....	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΠΑΛΛΙΟΣ ΝΕΟΣ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ
3.				..... / ..... / .....	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΠΑΛΛΙΟΣ ΝΕΟΣ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ													
IBAN													

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ..... δηλώνω ότι αποδέχομαι το αιτούμενο ποσό για τις συνταγές που έχω υποβάλει στο ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, όπως επίσης και η εκκαθάριση του λογαριασμού μου να κατατίθενται στον ανωτέρω Τραπεζικό λογαριασμό του Φαρμακείου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ..... / ..... / .....

Ο ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

Σφραγίδα / Υπογραφή

Σφραγίδα / Υπογραφή



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
(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 <sup>(1)</sup> :							
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Το φαρμακείο από ...../...../20...., λειτουργεί με την επωνυμία

.....

και δεν στεγάζεται σε κτίριο που λειτουργούν Υγειονομικές δομές του Δημοσίου

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ημερομηνία: / /20....

Ο – Η Δηλών

(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.