

ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

(Αποστολή σε αρχείο PDF στη Ηλ. Διεύθυνση register@fsa.gr)

Ο/Η υπογράφ..... δηλώνω με γνώση των συνεπειών του Νόμου, για ψευδή δήλωση και σε εκτέλεση των διατάξεων του Εσωτερικού Κανονισμού του Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής (ΦΕΚ Α/179/1960), ότι τα στοιχεία του φαρμακείου μου είναι τα παρακάτω:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ.....

ΟΝΟΜΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ & ΕΠΙΘΕΤΟ (ΓΕΝΟΣ)	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
Α.Δ.Τ.	
ΑΜΚΑ	
Α.Φ.Μ. (ΑΤΟΜΙΚΟ)	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ / ΠΕΡΙΟΧΗ / ΤΚ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ E-MAIL:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ & ΗΜ/ΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ	
ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	

Συνημμένα πρέπει να αποστείλετε, επίσης:

- Αντίγραφο του Πτυχίου
- Αντίγραφο της Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος
- Αντίγραφο της Αστυνομικής Ταυτότητας / Διαβατηρίου
- Υπεύθυνη Δήλωση με το παρακάτω 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 επαγγέλματος μου, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187^Α του ποινικού κώδικα όπως αυτός ισχύει, δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη ή 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 μου ή φαρμακαποθήκης. **Δ)** Δεν έχω λάβει άλλη άδεια ίδρύσεως φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε ή έχω λάβει άλλη άδεια ίδρύσεως 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 στον Δήμο.....»