

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΥΣΤΑΣΗ / ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τα δικαιολογητικά αποστέλλονται στο email του Συλλόγου
(register@fsa.gr) ή στο φαξ 210 5220639

- 1.- Σύσταση εταιρικού (με ανακοίνωση στο ΓΕΜΗ)
ή τροποποίηση εταιρικού (με ανακοίνωση στο ΓΕΜΗ)
 2. - Α.Φ.Μ.
 - 3.- Σφραγίδα φαρμακείου (απαραίτητη)
 - 4.- Αριθμός λογαριασμού τραπεζής
- και
- 5.- Συμπληρωμένο το έντυπο που σας παραθέτουμε
 - 6.- Υπεύθυνη δήλωση του φαρμακοποιού που αποχωρεί
 - 7.- Υπεύθυνη δήλωση του νέου φαρμακείου

Από Φ.Σ.Α.

(Απόστολή στο φαξ 210 5220 639 ή στο e-mail: register@fsa.gr)

ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

Υπόψη Λογιστηρίου Φ.Σ.Α.

ΕΠΩΝΥΜΙΑ.....

ΚΩΔΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ.....

Α.Φ.Μ.....

ΑΤΟΜΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος σαν ατομικό:

.....

ΣΥΣΤΕΓΑΣΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος σαν συστεγασμένο:

.....

ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος σαν εταιρεία:

.....

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος σαν κληρονομικό:

.....

ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ Ο ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ:.....

IBAN ΛΟΓ.: GR.....

ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟ ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΜΗΝΟΣ:.....

Ημερομηνία.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ



ΚΩΔΙΚΟΣ:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

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 ⁽¹⁾ :	Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

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

Τα χρήματα που τυχόν λάβω από τα ασφαλιστικά ταμεία του Φ.Σ.Α. που αφορούν το ανακληθέν φαρμακείο

Και τυχούσες απορρίψεις, να χρεώνονται – πιστώνονται στο λογαριασμό μου με IBAN Νο

GR

Ως προς το οικονομικό μέρος θα τα βρούμε προσωπικά μεταξύ μας.

Σημ.: Ο αριθμός λογαριασμού IBAN θα είναι του νέου φαρμακείου.

(4)

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(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.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

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 ⁽¹⁾ :	Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

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

Τα χρήματα που έχω να λαμβάνω από τα ασφαλιστικά ταμεία του Φ.Σ.Α. και τα οποία δεν έχουν εισπραχθεί μέχρι και την ημερομηνία που ανακλήθηκε η άδεια μου, **ΝΑ ΚΑΤΑΤΙΘΕΝΤΑΙ** στο λογαριασμό του / της φαρμακοποιού με IBAN: **GR**

Επίσης, τυχούσες απορρίψεις οι οποίες προκύπτουν για το φαρμακείο μου, να επιβαρύνουν το νέο φαρμακοποιό.

Ως προς το οικονομικό μέρος θα τα βρούμε προσωπικά μεταξύ μας.

Σημ.: Ο αριθμός IBAN θα είναι του νέου φαρμακείου

(4)

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(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.