

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΣΚΑΙΡΟ ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

Υπενθυμίζεται ότι τα φαρμακεία μπορούν να αιτηθούν πρόσκαιρο κλείσιμο φαρμακείου στις κάτωθι περιπτώσεις:

α) Για χρονικό διάστημα **μέχρι έξι (6) μήνες: αα)** Για **μεταφορά ή ανακαίνιση** του φαρμακείου, ή **ββ)** για λόγους **υγείας** του φαρμακοποιού, ή **γγ)** για **οικονομικούς ή άλλους σοβαρούς λόγους** και **β)** Για χρονικό διάστημα **μέχρι ένα (1) μήνα το χρόνο για προσωπικούς λόγους.**

Για το πρόσκαιρο κλείσιμο απαιτείται υποχρεωτικά να υποβληθεί σχετική αίτηση στον Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής, ο οποίος θα διαβιβάσει την αίτηση στην αρμόδια Διεύθυνση Υγείας της Περιφέρειας που ανήκει το φαρμακείο (άρθ. 257 παρ. 2 του ν. 4512/2018).

Το φαρμακείο δεν δύναται να κλείσει ούτε για μία ημέρα χωρίς άδεια της αρμόδιας Περιφέρειας κατόπιν της σχετικής αίτησης. Υπενθυμίζεται ότι το δικαίωμα κλεισίματος του φαρμακείου έως και τρεις ημέρες χωρίς να αιτηθεί άδεια πρόσκαιρου κλεισίματος, καταργήθηκε από το 2018 (το άρθ. 11 του ν. 5607/1932 αντικαταστάθηκε από το άρθ. 257 παρ. 2 του ν. 4512/2018).

Σε περίπτωση παύσης της λειτουργίας του φαρμακείου χωρίς άδεια του αρμόδιου Περιφερειάρχη, για περισσότερο από τρεις (3) μήνες, ή αλλαγής χρήσης του καταστήματος που στεγάζει φαρμακείο, ανακαλείται η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας του φαρμακείου με απόφαση του κατά τόπον αρμόδιου Περιφερειάρχη

Επίσης, ο αδειούχος φαρμακοποιός **δύναται να απουσιάζει από το φαρμακείο, κατά ανώτατο χρονικό διάστημα δύο (2) μηνών κάθε έτος** (συνεχόμενα ή διακεκομμένα) χωρίς να αιτηθεί και λάβει άδεια πρόσκαιρου κλεισίματος, εφόσον αναληφθεί με υπεύθυνη δήλωση η επίβλεψη του φαρμακείου του από άλλον επιστήμονα φαρμακοποιό που λειτουργεί νόμιμα φαρμακείο στην ίδια δημοτική ενότητα και εφόσον υπηρετεί σε αυτό, βοηθός φαρμακείου. (άρθ. 10 παρ. 2 του ν. 5607/1932). Η υποβολή αίτησης για επίβλεψη από άλλο επίσημονα φαρμακοποιό γίνεται στις κατά τόπους αρμόδιες Υπηρεσίες Υγείας της Περιφέρειας.

Το έντυπο για το πρόσκαιρο κλείσιμο το βρίσκετε στην ιστοσελίδα του Συλλόγου www.fsa.gr – ΜΗΤΡΩΟ – ΠΡΟΣΚΑΙΡΟ ΚΛΕΙΣΙΜΟ και το αποστέλλετε στο e-mail του αρμοδίου τμήματος register@fsa.gr (Μητρώο ΦΣΑ) .

Εκ του Φ.Σ.Α.