

# ΕΓΓΡΑΦΗ ΝΕΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΣΤΟ Φ.Σ.Α.

Τα έντυπα που σας παραθέτουμε, θα πρέπει αφού τα συγκεντρώσετε ΟΛΑ, να τα καταθέσετε στον σύλλογο κατόπιν ραντεβού. Σε περίπτωση που θέλετε να τα αποστείλετε με email, θα πρέπει να συγκεντρώσετε ΟΛΑ μαζί τα δικαιολογητικά (όχι αποστολή αποσπασματικά) και να είναι σκαναρισμένα σε ένα ενιαίο αρχείο σε μορφή PDF. Οτιδήποτε αποστέλλεται σε άλλη μορφή εκτός PDF, και αν αποστέλλονται αποσπασματικά και όχι όλα μαζί συγκεντρωμένα δεν θα θεωρούνται έγκυρη αποστολή. Το email του μητρώου είναι ([register@fsa.gr](mailto:register@fsa.gr)). Το fax 210 5220639.

## ΠΡΟΣΟΧΗ :

- Εγγραφή στον ΦΣΑ φαρμακοποιών με πολλές άδειες στο όνομά τους κάνουν οι ορισμένοι από την Περιφέρεια ως Υπεύθυνοι Φαρμακοποιοί, με όλα τα δικαιολογητικά που απαιτούνται. Ο Υπεύθυνος πληρώνει μόνο το ποσό της εγγραφή του στον Φ.Σ.Α. (δηλαδή το ποσό των 30,72 €)
- Ο Φαρμακοποιός με δεύτερη ή τρίτη κ.λπ. άδεια στο όνομά του, πληρώνει μόνο την συνδρομή (δηλαδή το ποσό των 153,60 €).
- Εγγραφή για ιδιώτες μη φαρμακοποιούς, πραγματοποιούν μόνο οι ορισμένοι από την Περιφέρεια Υπεύθυνοι φαρμακοποιοί, με όλα τα δικαιολογητικά που τους έχει ζητήσει η αρμόδια περιφέρεια σε αντίγραφα για κατάθεση στον Φ.Σ.Α. με την σφραγίδα της Ε.Π.Ε. το ακριβές αντίγραφο του καταστατικού της Ε.Π.Ε. (από ΓΕΜΗ) και πληρώνοντας την εγγραφή και την συνδρομή στον Φ.Σ.Α. (σύνολο 184,32 €). Το ποσόν της εγγραφής 30,72 € πληρώνεται από τον Υπεύθυνο φαρμακοποιό.

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ :

- Έγκριση λειτουργίας φαρμακείου ή συστεγάσης
- Πρωτόκολλο επιθεώρησης φαρμακείου
- Χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου
- Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας
- Σφραγίδα φαρμακείου (ατομικού, συστεγασμένου, εταιρείας)
- Για την εγγραφή απαιτείται η καταβολή του ποσού 184,32 € (ανάλυση : 30,72 € εγγραφή + 153,60 € συνδρομή)
- Α.Φ.Μ. φαρμακοποιού, Α.Φ.Μ. των συστεγασμένων φαρμακείων
- Αριθμός λογαριασμού τραπεζής (IBAN λογαριασμού)
- Ακριβές αντίγραφο (και όχι απλό) καταστατικού σύστασης συστεγασμένων φαρμακείων ή σύστασης οποιασδήποτε εταιρείας ή οποιασδήποτε τροποποίησης αυτού θεωρημένο από το ΓΕΜΗ, με ταυτόχρονη κατάθεση του καταστατικού στην αρμόδια Περιφέρεια λαμβάνοντας αριθμό πρωτοκόλλου (η κατάθεση πρέπει να γίνει οπωσδήποτε μέσα σε ένα μήνα από την ανακοίνωση στο ΓΕΜΗ τόσο στον ΦΣΑ όσο και στην Περιφέρεια).
- Τα καταστατικά των συστεγασμένων φαρμακείων είναι απαραίτητα συμβολαιογραφική πράξη, ακόμη και οι τροποποιήσεις αυτών, με μορφή συστεγασμένα φαρμακεία ο.ε.
- Δήλωση για πρόθεση εκτέλεσης συνταγών ΑΤΠΣΥΤΕ (τράπεζα Ελλάδος)
- Δήλωση ένταξης στο σωματείο ΦΣΑ

*\*ακολουθούν τα έντυπα*

## ΔΗΛΩΣΗ

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 προσωπικά μου στοιχεία και τα στοιχεία του φαρμακείου μου είναι τα παρακάτω:

**ΚΩΔΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ..... ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Φ.Σ.Α.....**

ΟΝΟΜΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ & ΕΠΙΘΕΤΟ (ΓΕΝΟΣ)	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
Α.Δ.Τ. ΚΑΙ ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ	
ΑΜΚΑ	
Α.Φ.Μ. (ΑΤΟΜΙΚΟ)	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ / ΠΕΡΙΟΧΗ / ΤΚ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ EMAIL	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ / ΤΚ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	
ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΚΑΙ ΗΜ/ΝΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	
ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΚΑΙ ΗΜ/ΝΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ	
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ & ΗΜ/ΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ	
ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	
ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ	
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Τ.Σ.Α.Υ.	

• **ΕΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΥΠΟ ΜΟΡΦΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ Ή ΣΥΣΤΕΓΑΣΗΣ:**  
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΕΤΑΙΡΙΚΟΥ ΣΥΜΒ. ΜΕ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΣΤΟ ΓΕΜΗ ΜΕ  
ΑΡΙΘΜΟ.....

• **ΕΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ:**  
ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΣΑΝ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ:.....

Ο Φαρμακευτικός Σύλλογος Αττικής (Φ.Σ.Α.) είναι υπεύθυνος για την επεξεργασία των παρεχόμενων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Ο Φ.Σ.Α. επεξεργάζεται τα ως άνω προσωπικά δεδομένα των μελών με σκοπό την εκπλήρωση των καθηκόντων του που έχουν ανατεθεί από το νόμο, προς το Δημόσιο Συμπέρον, παρέχοντας τις κατάλληλες εγγυήσεις για την προστασία των δεδομένων. Τα δεδομένα διαβιβάζονται κατά περίπτωση στα ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, στο αρμόδιο τμήμα της Περιφέρειας Αττικής, στον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο και σε κάθε άλλη αρμόδια αρχή, σύμφωνα με το νόμο. Προβλέπεται η διαγραφή των προσωπικών δεδομένων των μελών του Φ.Σ.Α., δέκα (10) έτη μετά τη διαγραφή του από το Μητρώο του Συλλόγου. Διατηρείτε το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης και περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων σας, εφ' όσον αυτά δεν σχετίζονται με τη νόμιμη επεξεργασία στην οποία προβαίνει ο Φ.Σ.Α., καθώς και το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Φ.Σ.Α. κ. Β. Πεσκελίδη στο τηλέφωνο 210 5220766 ή στο e-mail: [peskelidis@fsa.gr](mailto:peskelidis@fsa.gr)

Αθήνα.....

Ο/Η ΔΗΛ.....

Υπόγραφή.....



**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 Πατρός:			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:			
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :			
Τόπος Γέννησης:			
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:	
Τόπος Κατοικίας:	Οδός:	Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δίηση 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 Δημοσίου τομέα, που απαιτούνται η αίτηση.  
(2) Αναγράφεται αλφαριθμητικά. (3) Οποιας 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.

ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ ΠΟΥ  
ΑΠΟΧΩΡΕΙ



ΚΩΔΙΚΟΣ:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ  
(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Επιβεβαιώνει τον σκοχό των υποβληθέντων με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο έλεγχων υπαρκτών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής				
Ο-Η Όνομα:				Επώνυμο:	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:					
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :					
Τόπος Γέννησης:					
Αριθμός Δοσίου Ταυτότητας:				Τηλ:	
Τόπος Κατοικίας:	Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοτύπου (Fax):				Διευθ. Ηλ.αση- Τηλεομοτύπου (Email):	

Με αίτησή μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 5 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 ανακληθηκε η άδειά μου, ΝΑ ΚΑΛΑΤΙΘΕΝΤΑΙ στο λογαριασμό του / της φαρμακοποιού με IBAN: GR

Επίσης, τυχούσες αποδείξεις 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, πρωτεύει με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων οχλήθηκε να προσκομίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή οκόπεσε να βλάψει άλλον, πρωτεύει 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.



**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. Τηλεομοιότυπου (Fax):	Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):		

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

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

Και τυχούσες απορρίψεις του, να χρεώνονται - πιστώνονται, στον λογαριασμό μου με αριθμό IBAN Νο GR .....

Ως προς το οικονομικό μέρος θα τα βρούμε προσωπικά μεταξύ μας

**[ΣΗΜΕΙΩΣΗ : ο αριθμός λογαριασμού IBAN θα είναι του νέου φαρμακείου]**

Ημερομηνία: / /20....

Ο - Η Δηλών

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πωλήτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.  
(2) Αναγράφεται ολογράφως. (3) εθισμός εν γνώσει του δηλώνει μενδε γεγονός ή αρνείται ή αποκόμπτει τα ελεγχόμενα με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 πικραίνεται 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.

Από Φ.Σ.Α.

(αποστολή στο φαξ 210 5220639 ή στο email: [register@fsa.gr](mailto:register@fsa.gr))

## ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

υπόψη Λογιστηρίου Φ.Σ.Α.

ΕΠΩΝΥΜΙΑ .....

ΚΩΔΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ .....

Α.Φ.Μ. ....

### ΑΤΟΜΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος συνταγών σαν ατομικό :

.....

### ΣΥΣΤΕΓΑΣΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος συνταγών σαν συστεγασμένο

.....

### ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος συνταγών σαν εταιρεία

.....

### ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος συνταγών σαν κληρονομικό

.....

ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ Ο ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ : .....

ΙΒΑΝ ΛΟΓ. : GR .....
----------------------

ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟ ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΜΗΝΟΣ .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ .....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

**ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ (Ν.Π.Δ.Δ.)**

**ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**IBAN Νο:**

**GR 08 0171 7400 0067 4012 6699 510**

**184,32 ευρώ\***

**\*ακολουθεί ανάλυση του ανωτέρω ποσού:**

<b>ποσό συνδρομής</b>	<b>150 ευρώ + χαρτόσημο</b>	<b>153,60 €</b>
<b>ποσό εγγραφής</b>	<b>30 ευρώ + χαρτόσημο</b>	<b>30,72 €</b>

ΚΩΔΙΚΟΣ Φ.Σ.Α. ....

ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΩΝΥΜΙΑ «ΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ»

ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ-ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

\_\_\_\_\_ κάτωθι υπογράφω \_\_\_\_\_, του \_\_\_\_\_ και της \_\_\_\_\_, κάτοικος \_\_\_\_\_, οδός \_\_\_\_\_ αρ. \_\_\_\_\_, φαρμακοποιός, με κωδικό Φ.Σ.Α. \_\_\_\_\_, με την ιδιότητά μου ως αδειούχου φαρμακοποιού της ευρισκόμενης στο Δήμο \_\_\_\_\_ και επί της οδού \_\_\_\_\_ αρ. \_\_\_\_\_ ιδιόκτητης επιχείρησης φαρμακείου, η οποία λειτουργεί υπό την μορφή ατομικής επιχείρησης/ομόρρυθμης εταιρείας συστεγασμένων φαρμακείων με την επωνυμία « \_\_\_\_\_ », δηλώνω υπεύθυνα ότι:

**ΕΠΙΘΥΜΩ** την εγγραφή μου ως μέλος και την προσχώρησή μου στο Σωματείο με την επωνυμία «ΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ» που ιδρύθηκε δυνάμει των διατάξεων του άρθρ. 11 ενότ. Θ' του ν. 2955/2001 και εδρεύει στην Αθήνα επί της οδού Μυλλέρου αρ. 1,

**ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ** ρητά και ανεπιφύλακτα τους όρους και τα άρθρα του καταστατικού, των οποίων έλαβα πλήρη γνώση, καθώς και τις αποφάσεις των Οργάνων του Σωματείου και

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ** ρητά και ανεπιφύλακτα το Σωματείο, όπως νόμιμα εκπροσωπείται, να συνάπτει συλλογικές συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία και να υποβάλει αντί εμού και για λογαριασμό της επιχείρησής μου τους μηνιαίους λογαριασμούς, τιμολόγια και εκτελεσθείσες συνταγές της προς τον εκάστοτε αρμόδιο Ασφαλιστικό Οργανισμό, Ταμείο ή/και Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης, να εισπράττει από αυτόν αντί εμού και για λογαριασμό της επιχείρησής μου το αντίτιμο των υποβληθέντων τιμολογίων από τις συνταγές που εκτελέσθηκαν από αυτήν και εν γένει να πράττει πάσα αναγκαία ενέργεια εξώδικη ή/και δικαστική για την εκκλήρωση της ανωτέρω εντολής.

**ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ** ότι το σωματείο με την επωνυμία «Διανεμητικός Λογαριασμός Μελών Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής» είναι υπεύθυνο για την επεξεργασία των παρεχόμενων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Το σωματείο επεξεργάζεται τα ως άνω προσωπικά δεδομένα των μελών του με σκοπό την εκκλήρωση των εννόμων υποχρεώσεων και συμφερόντων του, όπως αυτά ορίζονται στο νόμο και το καταστατικό του, παρέχοντας τις κατάλληλες εγγυήσεις για την προστασία των δεδομένων. Τα δεδομένα διαβιβάζονται στον εκάστοτε αρμόδιο Ασφαλιστικό Οργανισμό, Ταμείο ή/και φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης. Προβλέπεται διαγραφή των προσωπικών δεδομένων των μελών του σωματείου δέκα έτη μετά την διαγραφή αυτών από το Σωματείο.

Ενημερώθηκα περαιτέρω ότι διατηρώ το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης και περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων μου, εφ' όσον αυτά δεν σχετίζονται με τη νόμιμη επεξεργασία στην οποία προβαίνει το σωματείο, καθώς και το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του σωματείου (κ. Βασίλειο Πεσκελίδη) στη Διεύθυνση του Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής (Μυλλέρου αρ. 1 και Αγησιάδου), στο Τηλέφωνο 2105220766 ή ηλεκτρονικά στο E-mail: peskelidis@fsa.gr Αθήνα, \_\_\_\_\_

Ο / Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ - ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΧΩΝ/ΟΥΣΑ ΤΗΝ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)



# ΔΗΛΩΣΗ

ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ  
Ή ΑΛΛΑΓΗ ΕΤΑΙΡΙΚΗΣ  
ΜΟΡΦΗΣ

Του Φαρμακοποιού

.....  
με ιδιωτικό φαρμακείο που ανήκει στον Φ.Σ.Α.

διεύθυνση : .....

περιοχή : ..... τ.κ. ....

τηλ. ....

& κωδικό ΦΣΑ .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΗΛΩΣΗΣ : .....

Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκτελώ συνταγές του ταμείου ΑΤΠΣΥΤΕ (Τράπεζα Ελλάδος) τηρώντας όλα όσα αναφέρει η ισχύουσα Συλλογική Σύμβαση της οποίας έχω λάβει γνώση.

Ο Δηλών

---

(υπογραφή & σφραγίδα φαρμακείου)

# ΓΙΑ ΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΠΟΥ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΣΥΣΤΕΓΑΣΗ

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

- Συνέχιση λειτουργίας φαρμακείου μετά την αποσυστεγάση (από την αρμόδια Περιφέρεια)
- Λύση καταστατικού συστεγασμένων φαρμακείων (από συμβολαιογράφο) με ανακοίνωση της λύσης από το ΓΕΜΗ ή τροποποίηση καταστατικού με ανακοίνωση στο ΓΕΜΗ
- Νέο Α.Φ.Μ.
- Νέα σφραγίδα
- Αριθμός Λογαριασμού Τραπέζης