

# ΕΟΠΥΥ / Τμήμα Συμβάσεων Λοιπών Παρόχων

[d9.t3@eopyy.gov.gr](mailto:d9.t3@eopyy.gov.gr)

Τηλέφωνα:

τμήμα συμβάσεων : 2144108149 -2144108150

τηλεφωνικό κέντρο : 2108110500

**Διεύθυνση : Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι Αττικής**

Εδώ θα βρείτε κάποιες οδηγίες για τις ενέργειες που πρέπει να κάνετε προς τον ΕΟΠΥΥ για νέα σύμβαση με ΕΟΠΥΥ, αλλαγή υπευθύνου και μεταφορά φαρμακείου σε άλλη διεύθυνση

## **1.- ΕΟΠΥΥ ΓΙΑ ΝΕΑ ΣΥΜΒΑΣΗ**

- IBAN (από τη τράπεζα εκτύπωση)
- ΈΓΚΡΙΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ
- ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟ + ΓΕΜΗ (όταν δεν είναι ατομική επιχείρηση)
- ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΦΣΑ
- ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ
- ΑΜΚΑ (από το «έχω ΑΜΚΑ»)
- Αποδεικτικό ατομικού ΑΦΜ Υπευθύνου Φαρμακοποιού
- Αίτηση προς ΕΟΠΥΥ (θα τη βρείτε συνημμένη στο παρόν)
- Υπεύθυνη δήλωση μέσα από GOV (θα τη βρείτε συνημμένη στο παρόν)

Όλα τα παραπάνω σε κλειστό φάκελο, με τη σφραγίδα του φαρμακείου απ' έξω και την επισήμανση «ΝΕΑ ΣΥΜΒΑΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ» ΓΙΑ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΕΟΠΥΥ κατατίθενται στον ΕΟΠΥΥ (Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι Αττικής) στο πρωτόκολλο.

## **2.- ΑΛΛΑΓΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ**

**A)** αποστέλλετε **πιστοποιητικό ΦΣΑ και ορισμός της Περιφέρειας νέου υπευθύνου**, με email [d9.t3@eopyy.gov.gr](mailto:d9.t3@eopyy.gov.gr), με θέμα «ΑΛΛΑΓΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ».

Στο email θα πρέπει να αναφέρονται τα πλήρη στοιχεία του φαρμακείου (επωνυμία, διεύθυνση, τηλέφωνο, ΑΦΜ – ΔΟΥ).

**B)** θα πρέπει να αλλαχθεί στη ΚΜΕΣ ο Υπεύθυνος. Θα πρέπει να στείλετε τα στοιχεία του Υπευθύνου, δηλαδή αποδεικτικό ατομικού ΑΦΜ, και ότι άλλο σας ζητηθεί.

## **3.- ΜΕΤΑΦΟΡΑ**

Για την αλλαγή διεύθυνσης του φαρμακείου, όταν η νέα διεύθυνση βρίσκεται στον ίδιο δήμο :

Αποστολή των παρακάτω δικαιολογητικών στον ΕΟΠΥΥ σε μορφή PDF στο email :  
[d9.t3@eopyy.gov.gr](mailto:d9.t3@eopyy.gov.gr)

ώστε να ενημερωθεί το ηλεκτρονικό σύστημα Αρχείου Φαρμακείων ΕΟΠΥΥ με τη νέα διεύθυνση του φαρμακείου

- απόφαση της Περιφέρειας για αλλαγή – μεταφοράς διεύθυνσης του φαρμακείου.
- ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΦΣΑ
- ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ
- ΑΜΚΑ (από το «έχω ΑΜΚΑ»)
- Αποδεικτικό ατομικού ΑΦΜ Υπευθύνου Φαρμακοποιού
- Αίτηση προς ΕΟΠΥΥ (θα τη βρείτε συνημμένη στο παρόν)
- Υπεύθυνη δήλωση μέσα από GOV (θα τη βρείτε συνημμένη στο παρόν)

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗ ΝΕΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

ΠΡΟΣ : ΕΟΠΥΥ

ΑΦΜ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ :	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ :	
ΟΔΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ :	
ΠΟΛΗ :	
ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ :	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ :	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ :	
ΔΗΜΟΣ :	
ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ. :	
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ :	
ΠΕ.ΔΙ. :	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ :	
ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕΙΩΜΕΝΟΥ ΦΠΑ :	
E-MAIL :	

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΑΦΜ :

ΑΜΚΑ :

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΑΦΜ :

ΑΜΚΑ :

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ**

IBAN :

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ :****ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ****ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**



## 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> :	<b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ</b>						
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/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:

Κατέχω / Δεν κατέχω άλλη άδεια ενεργού φαρμακείου. Αν ναι ..... (αριθμός αδειών)

Το φαρμακείο με την επωνυμία .....

και με νομική μορφή.....ημ/νία έναρξης .....

λειτουργεί στη διεύθυνση .....

και δεν στεγάζεται σε κτήριο που λειτουργούν υγειονομικές δομές του Δημοσίου.

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.