

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

Ν.Π.Δ.Δ.
Μυλλέρου 1 & Αγησιλάου - 104 36 ΑΘΗΝΑ,
ΤΗΛ. 210 5220955
ΦΑΞ. 210 5220721 – E-mail: grfsa@fsa.gr
Αριθ. Πρωτ: 3781

Αθήνα, 10.9.26

Προς όλους τους φαρμακοποιούς – μέλη του Φ.Σ.Α.

ΘΕΜΑ : «Φαρμακεία πολυϊδιοκτησίας που τηρούν διευρυμένο ωράριο»

Ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος μας απέστειλε έγγραφο με το οποίο μας εφιστά την προσοχή ως προς την σύνταξη των διμηνιαίων πινάκων των φαρμακείων που λειτουργούν πέραν του κατ' ελάχιστου υποχρεωτικού ωραρίου (διευρυμένο ωράριο).

Ειδικότερα, μας ενημερώνει ότι για να ενταχθεί ένα φαρμακείο στον πίνακα διευρυμένου ωραρίου στην περίπτωση που πρόκειται για πολυϊδιοκτησία, **εκτός από την υποβολή την δήλωσης από τον νόμιμο εκπρόσωπο της επιχείρησης περί λειτουργίας του φαρμακείου πέραν του υποχρεωτικού ωραρίου, θα πρέπει υποχρεωτικώς να συνοποβάλλονται τα εξής:**

α) Υπεύθυνη δήλωση με την οποία θα δηλώνονται τα στοιχεία των αδειούχων φαρμακοποιών που απασχολούνται στην εν λόγω επιχείρηση, ώστε να τεκμαίρεται ότι θα παρίσταται καθ' όλη την διάρκεια της λειτουργίας του φαρμακείου αδειούχος φαρμακοποιός.

Η δήλωση θα είναι υποχρεωτικά μέσα από το γον, και θα την υποβάλει ο φαρμακοποιός στον οποίο έχει δοθεί η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας φαρμακείου. Ακολουθεί υπόδειγμα κειμένου Υ.Δ. :

«δηλώνω υπεύθυνα ότι μου έχει δοθεί η υπ' αριθ. άδεια λειτουργίας από την αρμόδια περιφέρεια, για το φαρμακείο στην οδό, περιοχή, με επωνυμία και απασχολούμαι. στο αναφερόμενο φαρμακείο. Επίσης στο εν λόγω φαρμακείο απασχολώ και τους εξής φαρμακοποιούς : 1., 2., 3., για τους οποίους επισυνάπτω τις αντίστοιχες συμβάσεις εργασίας και άδειες ασκήσεως επαγγέλματος».

β) Οι συμβάσεις εργασίας όλων των αδειούχων φαρμακοποιών που απασχολούνται στην εν λόγω επιχείρηση,

γ) Οι άδειες ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού εκάστου των αδειούχων φαρμακοποιών.

Οποιαδήποτε δήλωση φαρμακοποιού για διευρυμένο ωράριο φαρμακείου που ανήκει σε πολυϊδιοκτησία φαρμακείων και η δήλωση του δεν συνοδεύεται από τα παραπάνω δικαιολογητικά, ώστε να ελεγχθεί η τήρηση των διατάξεων φαρμακευτικής και εργατικής νομοθεσίας, δεν θα γίνεται δεκτή. Επίσης δεκτά δεν γίνονται δικαιολογητικά που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα.

Η μη τήρηση των ανωτέρω, θα επιφέρει την μη ένταξη στον εκάστοτε διμηνιαίο πίνακα διευρυμένου ωραρίου.

Η δήλωση με τα ανωτέρω δικαιολογητικά, θα πρέπει να αποσταλούν ΕΜΠΡΟΘΕΣΜΑ σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις, είτε αυτοπροσώπως είτε με μήνυμα ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (email) στο email : info@fsa.gr (η αποστολή θα γίνει σε ένα αρχείο PDF). Σε περίπτωση που η δήλωση διευρυμένου γίνεται μέσα από την πλατφόρμα ΦΣΑ, θα αποσταλούν μόνο τα δικαιολογητικά με email.

Τελευταία προθεσμία υποβολής διευρυμένου ωραρίου φαρμακείου για το δίμηνο ΝΟΕΜ-ΔΕΚ 2026, η 30^η/9 ημέρα Τετάρτη.

Για τον Φ.Σ.Α.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΗΛΙΑΣ ΒΑΣΙΛΑΔΙΩΤΗΣ**

**Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ**