

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΩΝ ΑΡ. 1 & 3 ΤΟΥ Ν.1963/1991**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Προς:** | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ Α.Μ.Θ.**  **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ……………….** | | | | **ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)** | |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** | | | | | | |
| Ο / Η Όνομα: | |  | Επώνυμο: | | |  |
| Όνομα Πατέρα: | |  | Επώνυμο Πατέρα: | | |  |
| Όνομα Μητέρας: | |  | Επώνυμο Μητέρας: | | |  |
| Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατηρίου: | |  | Χώρα: | | |  |
| Ημ/νία Γέννησης: | |  | Τόπος Κατοικίας: | | |  |
| Οδός / Αριθμός: | |  | Τ.Κ.: | | |  |
| (E-mail): | |  | Τηλ.: | | |  |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΟΣΦΕ:  (Τα στοιχεία αιτούντος αφορούν τον νόμιμο εκπρόσωπο) | | | |  | | |
| Δηλώνω υπεύθυνα ότι υπεύθυνος για την λειτουργία του φαρμακείου μου (σημειώνεται με X αναλόγως):  α) Θα είμαι εγώ αυτοπροσώπως  β) Θα είναι ο αναφερόμενος στο ακόλουθο πεδίο φαρμακοποιός | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (1) (για κατάθεση αίτησης από πρόσωπο διαφορετικό από τον αιτούντα):** | | | |
| Ο / Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Όνομα Μητέρας: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός & Αριθμός: |  |
| Α.Δ.Τ. |  | Τηλ. |  |
| *(1) Δηλώνω ότι έχω εξουσιοδοτηθεί από τον αιτούντα για την κατάθεση της παρούσας αίτησης και συνυποβάλλω την σχετική πράξη εξουσιοδότησης.* | | | |

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στην κάτωθι περιοχή:

Δήμος………………………………….Δημοτική Ενότητα………………………….Δημοτική Κοινότητα…………………………………..

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

(Υπογραφή με βεβαίωση γνήσιου)