

**ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ  
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

Επώνυμο:.....  
Όνομα:.....  
Όνομα Πατέρα:.....  
Όνομα Μητέρας:.....  
Αρ. Αστυν. Ταυτότητας:.....  
Ημ.έκδοσης: .....

Εκδ.αρχή: .....

Α.Φ.Μ.....

Στοιχεία επικοινωνίας:  
Σταθερό Τηλ.: .....

Κινητό Τηλ.:.....

E-mail: .....

Τόπος κατοικίας  
Πόλη:.....

Οδός- Αριθμός:.....

Ταχ. Κώδικας:.....

**Θέμα: Χορήγηση άδεια ίδρυσης φαρμακείου**

**Σας ενημερώνουμε ότι:**

α) Τα προσωπικά δεδομένα που περιέχονται στην Αίτησή σας και τα τυχόν συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά έγγραφα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας Αίτησης και θα διαβιβαστούν στις αρμόδιες Υπηρεσίες.  
β) Υπεύθυνος επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων που περιέχονται στην αίτηση και στα τυχόν συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά έγγραφα είναι η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας.  
γ) Τα προσωπικά σας δεδομένα διατηρούνται από τον Οργανισμό μας για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται κατά το νόμο, λαμβάνονται, δε, τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα προστασίας τους.  
δ) Δικαιούστε να ασκήσετε τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, εναντίωσης, φορητότητας, με αλληλογραφία φυσική (26ης Οκτωβρίου 64 Τ.Κ. 54627 Θεσσαλονίκη) ή ηλεκτρονική ([dpo@pkm.gov.gr](mailto:dpo@pkm.gov.gr)).  
ε) Έχετε δικαίωμα καταγγελίας προς την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)).

**ΠΡΟΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΚΙΛΚΙΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης  
φαρμακείου  
στο Δήμο.....  
Δ.Ε.....

Συνημμένα σας καταθέτω:

- 1.Αντίγραφο άδειας άσκησης φαρμακευτικού επαγγέλματος.
- 2.Φωτοτυπία ταυτότητας ή διαβατηρίου κ.λ.π.(ελληνική ιθαγένεια ή υπηκοότητα ενός κράτους-μέλους της Ε.Ε.).
- 3.Φορολογική ενημερότητα
- 4.Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 ότι: “Δεν έχω τιμωρηθεί για παραβάσεις της φαρμακευτικής νομοθεσίας με οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης του φαρμακείου ή της φαρμακαποθήκης. δεν οφείλω στο ελληνικό δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία.”
5. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 ότι: “Δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματος, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187<sup>α</sup> του ποινικού κώδικα όπως αυτός ισχύει ή δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ’υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων ή δεν έχω παρακαμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα.”
- 6.Παράβολο από το Ταμείο Παρακαταθηκών & Δανείων αξίας 5,87 €

**Κιλκίς, .... /... /202.....  
Ο/Η Αιτών/ούσα**

**(υπογραφή)**