



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ταχ. Δ/ση: Μητροπόλεως 44
Ταχ. Κώδικας: 59132
Πληροφορίες: Παπαδημητρίου Στέργιος
Τηλέφωνο: 23313 50105
FAX : 2331350219
e-mail: papadimitriou.s@imathia.pkm.gov.gr

Βέροια,02-06-2017

Αριθμ.Πρωτ.:οικ 2089

Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας Περιφερειακής Ενότητας Ημαθίας

Έχοντας υπόψη:

1. Το έγγραφο του Υπουργείου Υγείας με αρ.πρωτ.ΔΥΓ3(β)/Γ.Π.28854/10-4-13 σύμφωνα με το οποίο ο πληθυσμός της τελευταίας απογραφής που λαμβάνεται υπόψη για τις νέες άδειες ίδρυσης φαρμακείων είναι ο Μόνιμος Πληθυσμός των απογραφικών στοιχείων, όπως αυτός δημοσιεύτηκε με το ΦΕΚ 3465/28-12-12 τεύχος Β΄ και τροποποιήθηκε με το ΦΕΚ 630/20-3-13.
2. Τις διατάξεις των: Ν.5607/32, Ν.1963/91, Ν.3918/11 άρ.36 παρ.3, Ν.4254/14 παρ.ΣΤ.υπ.ΣΤ1, Ν.4272/14 άρ.30, Ν.4281/14 άρ.217 και την ΚΥΑ με αρ.Γ5(β)/Γ.Π.οικ.36277/2016,ΦΕΚ-1445/Β/23-5-16.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΝΕΙ

Τον αριθμό των **κενών θέσεων φαρμακείων** του Ν. Ημαθίας κατά την **1.6.2017** και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά:

ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ Π.Ε. ΗΜΑΘΙΑΣ				
	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Β1. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΜΑΘΙΑΣ	140.611			
1. ΔΗΜΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ (Έδρα: Αλεξάνδρεια)	41.570			
β. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΓΟΝΙΔΩΝ	4.435			
Τοπική Κοινότητα Κεφαλοχωρίου	604	0		1 ΣΕ ΑΝΑΜΟΝΗ
Τοπική Κοινότητα Ξεχασμένης	750	0		1 ΣΕ ΑΝΑΜΟΝΗ
γ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΕΛΙΚΗΣ	7.104			

Τοπική Κοινότητα Κυψέλης	376	0	1 ΣΕ ΑΝΑΜΟΝΗ
δ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΛΑΤΕΟΣ	9.614		
Τοπική Κοινότητα Αράχου	393	0	1
Τοπική Κοινότητα Πρασινάδας	631	0	1 ΣΕ ΑΝΑΜΟΝΗ
2. ΔΗΜΟΣ ΒΕΡΟΙΑΣ (Έδρα: Βέροια, Ιστορική έδρα Βεργίνα)	66.547		
β. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΕΡΓΙΝΑΣ	2.464		
Τοπική Κοινότητα Μετόχιο Προδρόμου	110	0	1
Τοπική Κοινότητα Συκέας	278	0	1
γ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΒΕΡΟΙΑΣ	48.306		
Τοπική Κοινότητα Άμμος	198	0	1
Τοπική Κοινότητα Γεωργιανών	508	0	1
Τοπική Κοινότητα Καστανέας	116	0	1
Τοπική Κοινότητα Κάτω Βερμίου	75	0	1
Τοπική Κοινότητα Κουμαριάς	339	0	1
δ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΟΒΡΑ	5.313		
Τοπική Κοινότητα Φυτείας	551	0	1
ε. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΔΟΣ	1.646		
Τοπική Κοινότητα Δασκίου	286	0	1
Τοπική Κοινότητα Πολυδένδρου	162	0	1
3. ΔΗΜΟΣ ΝΑΟΥΣΑΣ (Έδρα: Νάουσα)	32.494		
γ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΑΟΥΣΑΣ	21.152		
Τοπική Κοινότητα Αρκοχωρίου	256	0	1
Τοπική Κοινότητα Ροδοχωρίου	503	0	1

Επισημαίνουμε τα εξής:

- Οι αιτήσεις θα υποβάλλονται ιδιοχείρως(ή από εκπρόσωπο με εξουσιοδότηση) ή ηλεκτρονικά και θα συνοδεύονται από Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία θα αναφέρεται ο υπεύθυνος φαρμακοποιός για τη λειτουργία του φαρμακείου σε περίπτωση που χορηγηθεί η συγκεκριμένη άδεια, **από 1 έως 15 Ιουλίου 2017**.
- Οι ηλεκτρονικές αιτήσεις θα υποβάλλονται στην ηλεκτρονική διεύθυνση: dpol@imathia.pkm.gov.gr
- Σχετικά με τη σειρά προτίμησης **συνολικά** μεταξύ φαρμακοποιών, που επέδωσαν αίτηση για την συγκεκριμένη θέση, η κρίση θα γίνει σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ.9 της ΚΥΑ με αρ.Γ5(β)/Γ.Π.οικ.36277/2016,ΦΕΚ-1445/Β/23-5-16.

- Σε εφαρμογή του άρ.217 του Ν.4281/14, ο φαρμακοποιός οφείλει **εντός μηνός** από την υποβολή της αίτησης να υποβάλλει όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Αν δεν υποβληθούν η αίτηση ακυρώνεται.
 - *Στη συνέχεια και αφού ολοκληρωθούν οι φάκελοι, θα ακολουθήσει η κρίση σύμφωνα με τον Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας.*
- Οι αιτήσεις που υποβάλλονται ηλεκτρονικά σε ημέρα αργίας πρωτοκολλούνται την επόμενη εργάσιμη ημέρα.
- Οι αιτήσεις που υποβάλλονται ηλεκτρονικά πέραν του ωραρίου εργασίας (μετά την 3.00 μμ) πρωτοκολλούνται την επόμενη εργάσιμη ημέρα.
- Σημ.: Οι ιδιώτες που έχουν κάνει αίτηση, οφείλουν να καταθέσουν όλα τα παραπάνω δικαιολογητικά των υπευθύνων φαρμακοποιών, σύμφωνα με τα οποία θα γίνει η κρίση των αιτήσεων.
- Επισυνάπτονται η Αίτηση και τα απαραίτητα δικαιολογητικά.

Μ.Ε.Π
Ο Αναπλ/της Προϊστάμενος της
Δ/σης Δημόσιας Υγείας

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ Φ.Α.: Ω54Χ7ΛΛ-0ΕΩ
ΠΡΟΣ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΜΑΘΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΑΔΕΙΟΥΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ
ΕΚΔΙΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:.....
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....**ΟΔΟΣ:****ΑΡΙΘΜΟΣ:**.....
Τ. Κ.:**ΤΗΛ:****EMAIL**.....

Παρακαλώ να εξετάσετε το αίτημά μου, για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης φαρμακείου στην Τοπική Κοινότητα.....της Δημοτικής Ενότητας.....του Δήμου.....

Σας υποβάλλω τα εξής δικαιολογητικά:

- 1).....
- 2).....
- 4).....
- 3).....
- 5).....
- 6).....
- 7).....
- 8).....
- 9).....

Βέροια...../20

Ο/Η ΑΙΤ.....

(υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- 1) Αίτηση
- 2) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής
- 3) Αντίγραφο αδείας ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού στην Ελλάδα
- 4) Πιστοποιητικό στο οποίο να φαίνεται ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια ή την υπηκοότητα κράτους μέλους της Ε.Ε.

(Το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικατασταθεί με φωτοτυπία της ταυτότητας εφόσον αναγράφεται σ' αυτή η ιθαγένεια).

- 5) Πιστοποιητικό Εισαγγελίας (ότι δεν διώκετε ως φυγόποινος ούτε ως φυγόδικος).
- 6) Αποδεικτικό Ενημερότητας για Χρέη προς το Δημόσιο
- 7) **Υπεύθυνες δηλώσεις του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο:**

α. «Δεν οφείλω στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία».

β. «Δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση, για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματός μου, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακούργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Ποινικού Κώδικα όπως αυτός ισχύει, δεν έχω καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων και επίσης δεν έχω παραπεμφθεί με το αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα»

γ. «Δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση η οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης»

δ. «Δεν έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου οποτεδήποτε και οπουδήποτε ή έχω λάβει άλλη άδεια ιδρύσεως φαρμακείου, ή έχω υποβάλλει αίτηση που εκκρεμεί για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης στην Περιφερειακή Ενότητα και σας επισυνάπτω τις σχετικές άδειες και τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων»

ε. «Δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση» ή «κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και θα παραιτηθώ πριν ζητήσω την επιθεώρηση του νεοϊδρυθέντος φαρμακείου μου»

ζ. «Δεν διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών«προϊόντων ή διευθύνω φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών στο Δήμο».

- 8) Πρωτότυπο Γραμμάτιο Συστάσεως Παρακαταθήκης 5,85 € του ΤΑΜΕΙΟΥ ΠΑΡΑΚΑΤΑΘΗΚΩΝ & ΔΑΝΕΙΩΝ

(Στο οποίο θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του αιτούντος και ο Δήμος ή η Δημοτική ενότητα)

- 9) Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας

ΠΡΟΣΟΧΗ :

Η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά