

Αθήνα, 22 Ιανουαρίου 2021

ΠΡΟΣ

ΜΕΛΗ ΦΣΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

Σύμφωνα με νέα ανακοίνωση του ΠΦΣ την οποία λάβαμε χθες το απόγευμα, η δήλωση ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ για τον Covid **που αφορά τους υπαλλήλους των φαρμακείων** θα γίνει αποκλειστικά από τους υπαλλήλους μέσω του παρακάτω ειδικού link:

<http://forms.gle/Q71vde88PhQE3Mny9>

1. Η φόρμα συναίνεσης απευθύνεται και συμπληρώνεται **από τους ίδιους τους εργαζόμενους στα φαρμακεία, με την απαραίτητη αναγραφή των στοιχείων του εργοδότη στα σχετικά πεδία.**
2. Ο **Αριθμός Μητρώου Εργοδότη** είναι ο επίσημος αριθμός που αναγράφεται στην πλατφόρμα «**ΕΡΓΑΝΗ**» ή στη λίστα του εργαζόμενου προσωπικού της επιχείρησης.
3. Όλα τα δηλωθέντα στοιχεία στην πλατφόρμα θα πρέπει να αποδεικνύονται σε περίπτωση ελέγχου από **ρυθμιστικές ή ελεγκτικές αρχές.**
4. Ο φαρμακευτικός Σύλλογος Αττικής δεν φέρει ευθύνη για τη λανθασμένη ή ανακριβή υποβολή στοιχείων της δήλωσης.
5. Η πλατφόρμα έχει ελεγχθεί για την **προστασία προσωπικών δεδομένων** και η υποβολή της δήλωσης προθέσεως από τον δηλούντα εμπεριέχει την **αντίστοιχη συναίνεση και αποδοχή πολιτικής απορρήτου.**
6. Η συμπλήρωση της θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί **ΤΟ ΑΡΓΟΤΕΡΟ ΕΩΣ ΤΗΝ ΤΕΤΑΡΤΗ 27/1/21 στις 21:00.**

7. Ο χρόνος και ο τόπος εμβολιασμού θα καθοριστεί από το Υπουργείο Υγείας και θα κλειστεί από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους μέσω της πλατφόρμας <https://emvolio.gov.gr> μετά από ανακοίνωση.
8. Η συμπλήρωση και υποβολή της φόρμας δηλώνει πρόθεση και όχι υποχρέωση εμβολιασμού.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΦΟΡΜΑ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ.

Με εκτίμηση,

Ο Πρόεδρος

Ο Γραμματέας

Κωνσταντίνος Λουράντος

Ηλίας Γιαννόγλου