

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

Ν.Π.Δ.Δ.

Μυλλέρου 1 & Αγησιλάου - 104 36 ΑΘΗΝΑ,

ΤΗΛ. 210 5243186

ΦΑΞ. 210 5220721 – Email: [grfsa@otenet.gr](mailto:grfsa@otenet.gr)

Αριθ. Πρωτ. **3851**

ΑΘΗΝΑ, 7 Ιουνίου 2018

**ΠΡΟΣ**

**ΟΛΑ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ Φ.Σ.Α.**

**ΕΚΤΑΚΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΩΡΑΡΙΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ**

Σύμφωνα, με την διάταξη του άρθ. 257 του ν. 4512/2018 σχετικά με το ωράριο των φαρμακείων επήλθαν τροποποιήσεις στο καθεστώς του ωραρίου και ειδικότερα, μεταξύ άλλων:

- Καθορίστηκε ρητά το κατ' ελάχιστο υποχρεωτικό ωράριο λειτουργίας εβδομαδιαίως με απόφαση του Περιφερειάρχη που λαμβάνεται ύστερα από την σύμφωνη γνώμη του οικείου Φαρμακευτικού Συλλόγου: ισχύει επομένως ότι ορίσει ο κάθε Σύλλογος με κατώτερο τις 40 ώρες, οι οποίες κατανέμονται από Δευτέρα-Παρασκευή. Ειδικά για την Περιφέρεια Αττικής και με απόφαση της Περιφερειάρχη ορίζονται ως υποχρεωτικές αργίες οι : 1η Ιανουαρίου, 6η Ιανουαρίου, Καθαρά Δευτέρα, 25η Μαρτίου, Μεγάλη Παρασκευή, Δευτέρα του Πάσχα, 1η Μαΐου, Αγίου Πνεύματος, 15η Αυγούστου, 14η Σεπτεμβρίου, 28η Οκτωβρίου, 25η και 26η Δεκεμβρίου, η ημέρα της εορτής του Πολιούχου Αγίου της Πόλης και η ημέρα απελευθέρωσης της Πόλης.
- Ορίστηκε το πλαίσιο λειτουργίας των φαρμακείων με διευρυμένο ωράριο, κατόπιν υποβολής υποχρεωτικώς σχετικών δηλώσεων ανά δίμηνο: αφορά τις ώρες πέραν των υποχρεωτικών του ΦΣ και των προγραμματισμένων εφημεριών. Σύμφωνα με τον νόμο ο φαρμακοποιός καθορίζει και δηλώνει το ωράριο λειτουργίας του φαρμακείου του ανά δίμηνο, στον σύλλογό του και στην περιφέρεια (βλ. Ν. 4512/2018). Η δήλωσή του μπορεί να σταλεί και με ηλεκτρονικό τρόπο (email) στους παραπάνω φορείς. Για την Αττική τα φαξ και οι ηλεκτρονικές διευθύνσεις των Περιφερειών είναι τα κάτωθι:

Οι αριθμοί τηλεομοιοτυπίας για τις Περιφερειακές Ενότητες είναι:

1. Βόρειος Τομέας: 210 6010667
2. Δυτικός Τομέας: 213 2100929
3. Νότιος Τομέας: 213 2101729
4. Ανατολική Αττική: 213 2005127
5. Πειραιάς και Νήσων: 213 1601819
6. Δυτική Αττική: 213 1601337
7. Κεντρικός Τομέας: 213 1600371

Οι ηλεκτρονικές διευθύνσεις για τις Περιφερειακές Ενότητες είναι:

1. Βόρειος Τομέας: ygeiaat1@patt.gov.gr
2. Δυτικός Τομέας: ygeiadt1@patt.gov.gr
3. Νότιος Τομέας: ygeiant1@patt.gov.gr
4. Ανατολική Αττική: dygeias.anat@patt.gov.gr
5. Πειραιάς και Νήσων: ddykm.p@patt.gov.gr
6. Δυτική Αττική: ddykm.dyt@patt.gov.gr
7. Κεντρικός Τομέας: ygeiakt1@patt.gov.gr

- Εξαιρείται υποχρεωτικώς η Κυριακή.
- Λουτροπόλεις: Από τον συνδυασμό των διατάξεων των άρθρων 22 παρ. 6 Ν. 1483/1984 και 263 παρ. 2 περ. β' Ν. 4512/2018, προκύπτει ότι τα φαρμακεία των νησιωτικών περιοχών και ιαματικών λουτροπόλεων δύνανται να λειτουργούν πέραν από τις κανονικές ώρες λειτουργίας και όλες τις ημέρες της εβδομάδος, μετά από σχετική απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη.
- Καθορίστηκε ρητά η διαδικασία και οι λόγοι εξαίρεσης των φαρμακείων από τις υποχρεωτικές διημερεύσεις/διανυκτερεύσεις, οι οποίες είναι υποχρεωτικές για όλους τους υπόλοιπους φαρμακοποιούς. Η παραβίαση των διατάξεων εφημεριών συνεπάγεται και πρόσκαιρο κλείσιμο εκτός από πρόστιμο και ποινή φυλάκισης.
- Διατηρήθηκαν σε πλήρη ισχύ διατάξεις που αφορούν στο ωράριο των μονοεδρικών φαρμακείων καθώς και στο ωράριο φαρμακείων Δήμων και Κοινοτήτων στους οποίους λειτουργούν δύο (2) έως έξι (6) φαρμακεία, αφού δεν καταργήθηκαν ρητώς ή ρυθμίστηκαν διαφορετικά με τον ως άνω νόμο. Συνεπώς, συνεχίζει να εφαρμόζεται σε αυτές τις περιπτώσεις το ίδιο καθεστώς ωραρίου.
- Απαιτείται η παρουσία φαρμακοποιού ή δηλωμένου υπεύθυνου φαρμακοποιού κατά τις ώρες λειτουργίας του φαρμακείου, οι δε παραβάτες διώκονται με υψηλά πρόστιμα.
- Για την πρώτη φορά οι δηλώσεις για το διευρυμένο ωράριο και για τους μήνες Ιούλιο και Αύγουστο θα γίνονται δεκτές μέχρι την 15<sup>η</sup> Ιουνίου. Για τα υπόλοιπα δίμηνα θα κατατίθενται μέχρι την τελευταία ημέρα του προ-προηγούμενου μήνα. Εν προκειμένω για το δίμηνο Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου θα κατατεθούν μέχρι το τέλος Ιουλίου.
- Ο κατά τόπον αρμόδιος φαρμακευτικός σύλλογος καταρτίζει διμηνιαίους χωριστούς πίνακες φαρμακείων που λειτουργούν πέραν του κατ' ελάχιστον υποχρεωτικού ωραρίου, οι οποίοι αναρτώνται επί των προσόψεων των φαρμακείων κατά τις ημέρες και ώρες που αυτά παραμένουν κλειστά, καθώς και στις ιστοσελίδες, εφόσον υφίστανται, των αρμόδιων

Περιφερειών και Φαρμακευτικών Συλλόγων. Στο επάνω τμήμα των πινάκων αυτών, θα αναγράφεται ευκρινώς και με κεφαλαία γράμματα η πρόταση: «ΤΑ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΠΙΝΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΕΚ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΝΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΡΑΦΟΜΕΝΕΣ ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΕΣ.»

**Προσοχή:** Οι προθεσμίες της δήλωσης του ωραρίου τηρούνται αυστηρά.

**Παρακάτω θα βρείτε μια δήλωση διευρυμένου ωραρίου ή οποία αποτελεί προτεινόμενο σχέδιο προς διευκόλυνση των φαρμακοποιών και ο Σύλλογος δεν φέρει ευθύνη για τυχόν εσφαλμένη συμπλήρωση ή/και υποβολή του από τους ίδιους.**

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΛΟΥΡΑΝΤΟΣ

Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΗΛΙΑΣ ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ

**ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΟΥ ΩΡΑΡΙΟΥ****(αρθ. 9 παρ. 3 Ν. 1963/1991)**

Του/της \_\_\_\_\_, του \_\_\_\_\_, που διατηρώ  
 φαρμακείο στ \_\_\_\_\_ και επί της οδού \_\_\_\_\_ αριθμ. \_\_\_\_\_.

(ΠΡΟΣΟΧΗ εάν πρόκειται για εταιρία φαρμακείου/συστεγασμένων φαρμακείων συμπληρώνονται  
 τα στοιχεία αυτής, καθώς και του/των νομίμου/ων εκπροσώπου/ων της.)

**ΠΡΟΣ**

1. Τον **"ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΤΤΙΚΗΣ"**, που εδρεύει στην Αθήνα και επί της οδού  
 Μυλλέρου αρ.1 και Αγησιλάου
2. Την **Περιφερειάρχη Αττικής**, όπως εκπροσωπείται νόμιμα από τον Αντιπεριφερειάρχη της  
**Περιφερειακής Ενότητας \_\_\_\_\_** (Διεύθυνση Δημ. Υγείας και Κοιν. Μέριμνας).

Αξιότιμοι Κύριοι,

Σύμφωνα με το άρθ. 9 παρ. 3 του ν. 1963/1991, όπως ισχύει μετά την τροποποίηση του ν. 257  
 του ν. 4512/2018, **σας δηλώνω με την παρούσα**, ότι επιλέγω διευρυμένο ωράριο λειτουργίας  
 του φαρμακείου μου καθ' υπέρβαση των χρονικών ορίων που έχουν οριστεί σύμφωνα με το άρθ.  
 9 παρ. 1 του ν. 1963/1991 για το δίμηνο \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ του έτους 2018 για τις  
κάτωθι ημέρες και ώρες:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

(αναφέρονται οι ημέρες και ώρες που επιθυμείτε να δηλώσετε: π.χ. Δευτέρα : 08:00 έως 21:00  
 κ.ο.κ.)

Αθήνα ...../...../.....

Ο/Η Δηλ \_\_\_\_\_

(σφραγίδα φαρμακείου και υπογραφή αδειούχου φαρμακοποιού/νομίμ.εκπροσώπου/ων)