

## ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ – ΔΗΛΩΣΗΣ – ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΤΗΤΑΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ

Αγαπητά Μέλη

Σας γνωρίζουμε ότι κατόπιν σχετικής υποδείξεως του Ελεγκτικού Συνεδρίου και βάσει της δυνατότητας που παρέχεται στους Φαρμακευτικούς Συλλόγους από το άρθρ. 11 εν. Θ του ν. 2955/2001, εγκρίθηκε σωματείο με την επωνυμία ΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ (με αριθ. μητρώου 29304 -αρ. διαταγής αναγνώρισης 500/2013) για την αρτιότερη θεσμοθέτηση και πλήρη διαφάνεια του Διανεμητικού Λογαριασμού του Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής.

Για την καλύτερη εξυπηρέτηση και ακώλυτη διακίνηση των μηνιαίων λογαριασμών σας, σας παρακαλούμε όπως προβείτε στην συμπλήρωση της αίτησης-δήλωσης-πληρεξουσιότητας, υπόδειγμα της οποίας θα δείτε παρακάτω. Την εν λόγω αίτηση-δήλωση-πληρεξουσιότητα θα την βρείτε και στα γραφεία του Φ.Σ.Α., και οφείλετε να την καταθέσετε οικείες υπηρεσίες του ΦΣΑ εντός δέκα (10) ημερών.

### **ΠΡΟΣΟΧΗ :**

A) η αίτηση πρέπει να κατατεθεί **πρωτότυπη** στα γραφεία του ΦΣΑ. Αντίγραφα με φάξ δεν γίνονται δεκτά!

B) η αίτηση είναι ατομική, δηλαδή στα συστεγασμένα φαρμακεία θα πρέπει να κάνει αίτηση ο κάθε ένας φαρμακοποιός χωριστά.

- Ακολουθεί η αίτηση – δήλωση – εξουσιοδότηση

(εκτυπώστε, συμπληρώστε και καταθέστε πρωτότυπη στον ΦΣΑ)

**ΚΩΔΙΚΟΣ Φ.Σ.Α. ....**

**ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΩΝΥΜΙΑ «ΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ»**

**ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ-ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

\_\_\_\_\_ κάτωθι υπογράφ \_\_\_\_\_, του \_\_\_\_\_ και της \_\_\_\_\_, κάτοικος \_\_\_\_\_, οδός \_\_\_\_\_ αρ. \_\_\_\_\_, φαρμακοποιός, με κωδικό Φ.Σ.Α. \_\_\_\_\_, με την ιδιότητά μου ως αδειούχου φαρμακοποιού της ευρισκόμενης στο Δήμο \_\_\_\_\_ και επί της οδού \_\_\_\_\_ αρ. \_\_\_\_\_ ιδιόκτητης επιχείρησης φαρμακείου, η οποία λειτουργεί υπό την μορφή ατομικής επιχείρησης/ομόρρυθμης εταιρείας συστεγασμένων φαρμακείων με την επωνυμία «\_\_\_\_\_», δηλώνω υπεύθυνα ότι:

**ΕΠΙΘΥΜΩ** την εγγραφή μου ως μέλος και την προσχώρησή μου στο Σωματείο με την επωνυμία «ΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ» που ιδρύθηκε δυνάμει των διατάξεων του άρθ. 11 ενότ. Θ' του ν. 2955/2001 και εδρεύει στην Αθήνα επί της οδού Μυλλέρου αρ. 1,

**ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ** ρητά και ανεπιφύλακτα τους όρους και τα άρθρα του καταστατικού, των οποίων έλαβα πλήρη γνώση, καθώς και τις αποφάσεις των Οργάνων του Σωματείου και

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ** ρητά και ανεπιφύλακτα το Σωματείο, όπως νόμιμα εκπροσωπείται, να συνάπτει συλλογικές συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία και να υποβάλει αντί εμού και για λογαριασμό της επιχειρήσεώς μου τους μηνιαίους λογαριασμούς, τιμολόγια και εκτελεσθείσες συνταγές της προς τον εκάστοτε αρμόδιο Ασφαλιστικό Οργανισμό, Ταμείο ή/και Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης, να εισπράττει από αυτόν αντί εμού και για λογαριασμό της επιχείρησής μου το αντίτιμο των υποβληθέντων τιμολογίων από τις συνταγές που εκτελέσθηκαν από αυτήν και εν γένει να πράττει πάσα αναγκαία ενέργεια εξώδικη ή/και δικαστική για την εκπλήρωση της ανωτέρω εντολής.

**ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ** ότι το σωματείο με την επωνυμία «Διανεμητικός Λογαριασμός Μελών Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής» είναι υπεύθυνο για την επεξεργασία των παρεχόμενων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Το σωματείο επεξεργάζεται τα ως άνω προσωπικά δεδομένα των μελών του με σκοπό την εκπλήρωση των εννόμων υποχρεώσεων και συμφερόντων του, όπως αυτά ορίζονται στο νόμο και το καταστατικό του, παρέχοντας τις κατάλληλες εγγυήσεις για την προστασία των δεδομένων. Τα δεδομένα διαβιβάζονται στον εκάστοτε αρμόδιο Ασφαλιστικό Οργανισμό, Ταμείο ή/και φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης. Προβλέπεται διαγραφή των προσωπικών δεδομένων των μελών του σωματείου δέκα έτη μετά την διαγραφή αυτών από το Σωματείο.

Ενημερώθηκα περαιτέρω ότι διατηρώ το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης και περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων μου, εφ' όσον αυτά δεν σχετίζονται με τη νόμιμη επεξεργασία στην οποία προβαίνει το σωματείο, καθώς και το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

**Μπορείτε να επικοινωνείτε** με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του σωματείου (κ. Βασίλειο Πεσκελίδη) στη Διεύθυνση του Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής (Μυλλέρου αρ. 1 και Αγησιλάου), στο Τηλέφωνο 2105220766 ή ηλεκτρονικά στο E-mail: peskelidis@fsa.gr Αθήνα, \_\_\_\_\_

Ο / Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ - ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΧΩΝ/ΟΥΣΑ ΤΗΝ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)