

# ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ

## ΣΥΣΤΑΣΗ / ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τα δικαιολογητικά αποστέλλονται στο email του Συλλόγου  
([register@fsa.gr](mailto:register@fsa.gr)) ή στο φάξ 210 5220639

- 1.- Σύσταση εταιρικού ( με ανακοίνωση στο ΓΕΜΗ)  
ή τροποποίηση εταιρικού (με ανακοίνωση στο ΓΕΜΗ)
  2. - Α.Φ.Μ.
  - 3.- Σφραγίδα φαρμακείου (απαραίτητη)
  - 4.- Αριθμός λογαριασμού τραπεζής
- και
- 5.- Συμπληρωμένο το έντυπο που σας παραθέτουμε
  - 6.- Υπεύθυνη δήλωση του φαρμακοποιού που αποχωρεί
  - 7.- Υπεύθυνη δήλωση του νέου φαρμακείου

Από Φ.Σ.Α.

(αποστολή στο φαξ 210 5220639 ή στο email: [register@fsa.gr](mailto:register@fsa.gr))

## ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

υπόψη Λογιστηρίου Φ.Σ.Α.

ΕΠΩΝΥΜΙΑ .....

ΚΩΔΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ .....

Α.Φ.Μ. ....

### ΑΤΟΜΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος συνταγών σαν ατομικό :

.....

### ΣΥΣΤΕΓΑΣΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος συνταγών σαν συστεγασμένο

.....

### ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος συνταγών σαν εταιρεία

.....

### ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

Ημερομηνία έναρξης σφραγίσματος συνταγών σαν κληρονομικό

.....

ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ Ο ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ : .....

ΙΒΑΝ ΛΟΓ. : GR .....
----------------------

ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟ ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΜΗΝΟΣ .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ .....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ ΠΟΥ  
ΑΠΟΧΩΡΕΙ



ΚΩΔΙΚΟΣ:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Τα χρήματα που έχω να λαμβάνω από τα ασφαλιστικά ταμεία του Φ.Σ.Α. (ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΛΗΙΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΟΦΕΙΛΩΝ ΤΟΥ 2012 και του ΕΟΠΥΥ) και τα οποία δεν έχουν εισπραχθεί μέχρι και την ημερομηνία που ανακλήθηκε η άδεια μου, **ΝΑ ΚΑΤΑΤΙΘΕΝΤΑΙ** στο λογαριασμό του / της φαρμακοποιού με IBAN Νο:

**GR**

Επίσης, τυχούσες απορρίψεις οι οποίες προκύψουν για το φαρμακείο μου, να επιβαρύνουν το νέο φαρμακοποιό.  
Ως προς το οικονομικό μέρος θα τα βρούμε προσωπικά μεταξύ μας.

Σημ.: Ο αριθμός IBAN θα είναι του νέου φαρμακείου

(4)

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ



ΚΩΔΙΚΟΣ:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής						
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Τα χρήματα που τυχόν λάβω από τα ασφαλιστικά ταμεία του Φ.Σ.Α. που αφορούν το ανακληθέν φαρμακείο

Και τυχούσες απορρίψεις, να χρεώνονται - πιστώνονται στο λογαριασμό μου με IBAN Νο

GR

Ως προς το οικονομικό μέρος θα τα βρούμε προσωπικά μεταξύ μας.

Σημ.: Ο αριθμός λογαριασμού IBAN θα είναι του νέου φαρμακείου.

(4)

Ημερομηνία: 20

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.