

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΑΠΟ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Προς Έφορο Φαρμακευτικής

Ημερομηνία: ____, ____, _____

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος

Όνομα φαρμακοποιού:

Αριθμός Μητρώου Φαρμακοποιού

Προτίθεμαι να λειτουργήσω Φαρμακείο σαν εταιρεία.

Είμαι μέτοχος στην εταιρεία

και κατέχω το ____ % του μετοχικού της κεφαλαίου.

Διεύθυνση Φαρμακείου:

Τ. Τ.

Αρ. Τηλ. -----

Αρ. Κινητού τηλ. -----

Αρ. Φαξ -----

Επισυνάπτω τα πιο κάτω έγγραφα:

1. Υπεύθυνη Δήλωση Φαρμακοποιού κατάλληλα πιστοποιημένη.
2. Πιστοποιητικό εγγραφής Φαρμακοποιού.
3. Ενοικιαστήριο έγγραφο χαρτοσημασμένο ή Πιστοποιητικό Εγγραφής Ακίνητης Ιδιοκτησίας.
4. Αρχιτεκτονικό σχέδιο της κάτοψης (να αναγράφεται ο αντίστοιχος αριθμός άδειας οικοδομής)
5. Άδεια Οικοδομής.
6. Καταστατικό της Εταιρείας
7. Πιστοποιητικό Σύστασης της Εταιρείας.
8. Πιστοποιητικό μετόχων.
9. Πιστοποιητικό Διευθυντού και Γραμματέα

Σημ. Τα έγγραφα 6, 7, 8, 9 πρέπει να είναι κατάλληλα πιστοποιημένα από τον Έφορο Εταιρειών.

Παρακαλώ όπως μεριμνήσετε να ελεγχθούν τα υποστατικά.

.....
ο / η Φαρμακοποιός

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ ΜΕΤΟΧΟΥ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

Εγώ ο/η πιο κάτω αναφερόμενος φαρμακοποιός, δηλώνω υπεύθυνα και έχοντας πλήρη επίγνωση των προνοιών και συνεπειών του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι:

1. Γνωρίζω καλά τις πρόνοιες της υφιστάμενης νομοθεσίας (Περί Φαρμακευτικής και Δηλητηρίων Νομοθεσίας Κεφ. 254 όπως τροποποιήθηκε και των Κανονισμών που έχουν εκδοθεί σύμφωνα με αυτή) όσον αφορά την ίδρυση και λειτουργία φαρμακείου (άρθρα 15 και 16 του Βασικού Νόμου).
2. Είμαι μέτοχος στην Εταιρείακαι κατέχω το% του μετοχικού κεφαλαίου.
3. Το μετοχικό κεφάλαιο που κατέχω μου ανήκει αποκλειστικά και δεν υπάρχει άλλος δικαιούχος σε αυτό, δεν είναι υπό καταπίστευμα (trust), ούτε έχω υπογράψει οποιαδήποτε άλλη δεσμευτική συμφωνία που έμμεσα η άμεσα επηρεάζει η αμφισβητεί την από μέρους μου απόλυτη κυριότητα της πιο πάνω αναφερομένης εταιρείας φαρμακείου.
4. **Αναλαμβάνω την δέσμευση ότι σε περίπτωση αλλαγής οποιονδήποτε στοιχείων της παρούσας δήλωσης, εντός ενός μηνός, θα ενημερώσω το Συμβούλιο Φαρμακευτικής αποστέλλοντας – όπου είναι απαραίτητο – και τα σχετικά, τροποποιημένα πιστοποιητικά κατάλληλα πιστοποιημένα.**

.....
Όνοματεπώνυμο

.....
Υπογραφή

.....
Αριθμός Μητρώου

.....
Αριθμός Ταυτότητας

.....
Διεύθυνση οικίας

.....
Τηλέφωνο Οικίας

.....
Διεύθυνση Φαρμακείου

.....
Τηλέφωνο Φαρμακείου

Πιστοποιών Υπάλληλος

.....
Όνοματεπώνυμο

.....
Υπογραφή / Σφραγίδα

Ημερομηνία