

ΑΙΤΗΣΗ**ΠΡΟΣ :**

Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας

Τμήμα Δημόσιας Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Σερρών

ΘΕΜΑ: Υποβολή ετήσιων καταστάσεων ναρκωτικών φαρμάκων 2025

Επώνυμο	:	.....	Σας υποβάλλω συνημμένα:
Όνομα	:	.....	α) τα στελέχη του βιβλίου* της ετήσιας
Πατρώνυμο	:	.....	κατάστασης ναρκωτικών φαρμάκων του
Δ/ση κατοικίας	:	.....	κρατικού μονοπωλίου, εις διπλούν (εφόσον
Πόλη/Κοινότητα	:	.....	διαθέτουν σχετική άδεια) ή Υπεύθυνη
Αρ. Δελτίου Αστυνομικής	:	.....	Δήλωση (εφόσον δεν διαθέτουν σχετική
Ταυτότητας	:	.....	άδεια)
Τηλέφωνο	:	.....	και
Κινητό τηλέφωνο	:	.....	β) την ετήσια κατάσταση φαρμάκων των
E-mail	:	.....	πινάκων Γ & Δ των Ν.1729/1987
	:	.....	(ΦΕΚ144/Α'), Ν.3459/2006 (ΦΕΚ103/Α') &
	:	.....	Ν.4139/2013 (ΦΕΚ74/Α'), όπως ισχύουν εις
	:	.....	τριπλούν,
	:	.....	που αφορούν το φαρμακείο που διατηρώ
Επωνυμία φαρμακείου	:	.....	επί της οδού.....
	:	.....	.....και αρ.....
	:	.....	στην Πόλη/Κοινότητα
ΑΦΜ φαρμακείου	:	.....	του Δήμου
	:	.....	για το χρονικό διάστημα από 1/1/2025 έως
	:	.....	και 31/12/2025.

Κατά την υποβολή της αίτησης, **όλα τα έντυπα** να είναι **υπογεγραμμένα** και να φέρουν την **σφραγίδα του φαρμακείου**.

* Για την περίπτωση α) οι φαρμακοποιοί που διαθέτουν άδεια πάγιας αγοράς ναρκωτικών φαρμάκων, να έχουν μαζί τους και το σχετικό βιβλίο.

Σας ενημερώνουμε ότι:

α) Τα προσωπικά δεδομένα που περιέχονται στην Αίτησή σας και τα τυχόν συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά έγγραφα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας Αίτησης και θα διαβιβαστούν στις αρμόδιες Υπηρεσίες.

β) Υπεύθυνος επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων που περιέχονται στην αίτηση και στα τυχόν συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά έγγραφα είναι η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας.

γ) Τα προσωπικά σας δεδομένα διατηρούνται από τον Οργανισμό μας για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται κατά το νόμο, λαμβάνονται, δε, τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα προστασίας τους.

δ) Δικαιούστε να ασκήσετε τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, εναντίωσης, φορητότητας, με αλληλογραφία φυσική (26ης Οκτωβρίου 64 Τ.Κ. 54627 Θεσσαλονίκη) ή ηλεκτρονική (dpo@pkm.gov.gr).

ε) Έχετε δικαίωμα καταγγελίας προς την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) (www.dpa.gr)."

Ημερομηνία:/...../202...

Ο/Η Αιτών/Αιτούσα**(Υπογραφή - Σφραγίδα φαρμακείου)**