



Home » Νέα »

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΜΕ ΕΔΡΑ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΜΕ ΕΔΡΑ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ



ΗΜΕΡΑ

28.11.22

ΙΔΡΥΜΑ ΑΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΑΝΙΑΤΩΝ

«Η ΣΤΕΓΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ»

ΛΑΚΩΝΙΚΗΣ 333, ΚΑΛΑΜΑΤΑ

ΑΡ.ΠΡΩΤ.179



Το Ίδρυμα Απόρων και Ανιάτων με την επωνυμία «Η Στέγη της Εκκλησίας», προκειμένου να προβεί στην προμήθεια φαρμάκων για την κάλυψη των αναγκών του, προσκαλεί κάθε ενδιαφερόμενο φαρμακείο εντός του Νομού Μεσσηνίας, δια του νομίμου εκπροσώπου του, να υποβάλλει ηλεκτρονικά και ε

stegiekklesias@gmail.com την σχετική αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος, η οποία βρίσκεται αναρτημένη στην ηλεκτρονική σελίδα του Ιδρύματος [www.stegiekklesias.gr](http://www.stegiekklesias.gr), ως και να λάβει γνώση των όρων και των προθεσμιών αυτής.



**ΔΕΙΤΕ ΤΟ ΑΡΧΕΙΟ ΑΙΤΗΣΗΣ**

**ΔΕΙΤΕ ΤΟ ΑΡΧΕΙΟ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ**

**ΔΕΙΤΕ ΤΗΝ ΥΠ. ΔΗΛΩΣΗ**

ΕΚ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ



[< ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ](#)



Copyright © 2022 Η ΣΤΕΓΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ



ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟ 28-11-2022 ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ  
ΑΠΟΡΩΝ ΑΝΙΑΤΩΝ «Η ΣΤΕΓΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ».

Δια της παρούσης εκδηλώνω το ενδιαφέρον μου συμμετοχής στην λίστα συνεργαζόμενων φαρμακείων για την προμήθεια φαρμάκων του Ιδρύματος Απόρων Ανιάτων «Η Στέγη της Εκκλησίας», σύμφωνα με τους όρους της από 28-11-2022 πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, τους οποίους αποδέχομαι ανεπιφύλακτα, όπως προκύπτει από την επισυναπτόμενη υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986.

Καλαμάτα, ..(Ημερομηνία)  
Ο ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ  
ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ

**ΙΔΡΥΜΑ ΑΠΟΡΩΝ ΑΝΙΑΤΩΝ**  
**«Η Στέγη της Εκκλησίας»**  
**Λακωνικής 333, Καλαμάτα 24100**  
**ΑΦΜ 135424266 Δ.Ο.Υ. Καλαμάτας**

**ΠΡΟΣ: ΤΟΝ ΚΑΘΕ**  
**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ**

**Θέμα: ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ**  
**ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΜΕ ΕΔΡΑ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ**  
**ΝΟΜΟΥ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ**  
**ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ**

Το Ίδρυμα με την επωνυμία «Η Στέγη της Εκκλησίας», το οποίο έχει συσταθεί νομίμως δυνάμει του ΒΔ 9/15-1-1973 , προκειμένου να προβεί στην προμήθεια φαρμάκων για την κάλυψη των αναγκών του, προσκαλεί κάθε ενδιαφερόμενο φαρμακείο εντός του Νομού Μεσσηνίας, δια του νομίμου εκπροσώπου του, να υποβάλλει ηλεκτρονικά και δη στο email του Ιδρύματος [stegiekklesias@gmail.com](mailto:stegiekklesias@gmail.com) την σχετική αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος, η οποία βρίσκεται στην ηλεκτρονική σελίδα του Ιδρύματος [www.stegiekklesias.gr](http://www.stegiekklesias.gr).

Η αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος θα αποστέλλεται ηλεκτρονικά μέσω – email, μαζί με την συνημμένη αυτής αίτηση και υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, η οποία είναι ομοίως διαθέσιμη στην ως άνω ηλεκτρονική σελίδα του Ιδρύματος και για την οποία απαιτείται θεώρηση του γνησίου της υπογραφής του νομίμου εκπροσώπου του εκάστοτε φαρμακείου μέσω ΚΕΠ ή ηλεκτρονικά στο gov.gr.

Η προθεσμία υποβολής της αίτησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος αρχίζει την 30<sup>η</sup> Νοεμβρίου και εκπνέει την 15<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2022 και για την κατάρτιση της λίστας των συνεργαζόμενων φαρμακείων Νομού Μεσσηνίας θα τηρηθεί αυστηρά προτεραιότητα με βάση τον χρόνο εκδήλωσης ενδιαφέροντος δια της υποβληθείσας αίτησης (ημέρα και ώρα). Μεταβολές στην λίστα που θα καταρτισθεί δεν θα γίνονται αποδεκτές και η ισχύς της ξεκινά από τον Ιανουάριο του έτους 2023.

Κάθε συνεργαζόμενο φαρμακείο θα πρέπει να ανταποκρίνεται με συνέπεια στον χρόνο παράδοσης των φαρμάκων, άλλως το Ίδρυμα θα έχει το δικαίωμα να το παρακάμπτει και να συνεργάζεται με το επόμενο στην λίστα που θα καταρτισθεί και θα παραμένει αναρτημένη στην ηλεκτρονική σελίδα του Ιδρύματος. Ειδικότερα κάθε

συνεργαζόμενο φαρμακείο βάσει της λίστας που θα καταρτιστεί, θα ενημερώνεται για την απαιτούμενη προμήθεια φαρμάκων τουλάχιστον 10 ημέρες πριν την ημερομηνία παράδοσης. Αν στο διάστημα αυτό το συνεργαζόμενο φαρμακείο δεν ανταποκριθεί με απόλυτη συνέπεια στην υποχρέωση παράδοσης των παραγγελθέντων φαρμάκων, αν κωλύεται για οποιονδήποτε λόγο ή αρνηθεί τη συνεργασία το Ίδρυμα θα έχει το δικαίωμα αυθωρεί και παραχρήμα άνευ ετέρας οχλήσεως να το παρακάμψει και να συνεργάζεται με το επόμενο στην λίστα. Ρητώς δηλώνεται στο παρόν ότι η παράδοση των φαρμάκων γίνεται στο χώρο του Ιδρύματος από ώρα 8:00 π.μ. έως 14:00. Οποιοδήποτε φάρμακο επιπλέον της αρχικής παραγγελίας απαιτηθεί κατά τη διάρκεια της συνεργασίας του εκάστοτε φαρμακείου, θα παραδίδεται αυθημερόν εφόσον είναι διαθέσιμο στην αγορά.

Μόλις ολοκληρωθεί η συνεργασία του Ιδρύματος με όλα τα καταχωρημένα στη λίστα φαρμακεία, με την επιφύλαξη της παραγράφου, το Ίδρυμα θα εκδηλώσει εκ νέου το ενδιαφέρον του για συνεργασία και θα καταρτισθεί με τον ίδιο τρόπο νέα λίστα συνεργαζόμενων φαρμακείων.

Κάθε συνεργαζόμενο φαρμακείο, δια της υποβολής της σχετικής αιτήσεως του για εκδήλωση ενδιαφέροντος τεκμαίρεται ότι αποδέχεται, ανεπιφύλακτα τους όρους της παρούσης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Για περισσότερες πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στο Ίδρυμα καθημερινά από ώρα 9:00 π.μ. έως 13:00 στον Διευθυντή του Ιδρύματος στο τηλέφωνο 27210 -21643,27210 -28694

Καλαμάτα 28-11-2022

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ.  
του Ιδρύματος



## 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> :                |  |  |       |                                    |  |       |     |
| 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:

Είμαι ο νόμιμος εκπρόσωπος του ενδιαφερόμενου φαρμακείου σχετικά με την από 28-11-2022 πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος του Ιδρύματος Απόρων Ανιάτων «Η Στέγη της Εκκλησίας» και δηλώνω ότι αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τους όρους αυτής.

(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.