



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΕΒΡΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

Ταχ.Δ/ση: Δήμητρας 19, Αλεξανδρούπολη  
Ταχ. Κώδικας: 68131  
Πληροφορίες: Κλεονάρη Παπαδοπούλου  
Τηλ: 2551355337  
E-mail: [klpapadooulou@pamth.gov.gr](mailto:klpapadooulou@pamth.gov.gr)

ΠΡΟΣ:

**Φαρμακευτικό Σύλλογο Έβρου**  
4<sup>ο</sup> χλμ. Αλεξ/πολης - Φερών  
Τ.Θ.1611 Απαλός, Αλεξανδρούπολης  
Τ.Κ. 68100 ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗ

**ΘΕΜΑ:** “Διαβίβαση Εγγράφου”

**ΣΧΕΤ.:** Την υπ’ αριθμ.πρωτ.: ΔΔΥΚΜ/ΜΕΘ/οικ.: 391191(11689)/27-05-2026  
Ανακοίνωση της Π.Κ.Μ., Μητροπολιτική Ενότητα Θεσσαλονίκης, για τις  
εξετάσεις Φαρμακοποιών.

Σας διαβιβάζουμε το παραπάνω σχετικό έγγραφο της Π.Κ.Μ. Μητροπολιτικής  
Ενότητας Θεσσαλονίκης, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας Τμήμα:  
Δημόσιας Υγείας, που αφορά τις εξετάσεις **Φαρμακοποιών** για την Άδεια Άσκησης  
Επαγγέλματος της εξεταστικής περιόδου **ΙΟΥΝΙΟΥ 2026**, προς ενημέρωσής σας.

Η προθεσμία υποβολής των δικαιολογητικών στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας &  
Κοινωνικής Μέριμνας Περιφερειακής Ενότητας Έβρου ορίζεται έως και η **22/06/2026**.

**Μ.Ε.Π.**  
**Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ Δ/ΝΣΗΣ**

**ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΣΜΑΔΑΚΗ**  
**ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ/Α’**

μμ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ταχ. Δ/ση : 26<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 64  
Ταχ.Κώδ. : 54627, Θεσ/νίκη  
Πληροφορίες : Π.Ζαγορίτη  
Τηλέφωνο : 2313330848  
E-Mail : [p.zagoriti@pkm.gov.gr](mailto:p.zagoriti@pkm.gov.gr)

Θεσσαλονίκη, 27 Μαΐου 2026  
Αρ.πρωτ.:ΔΔΥΚΜ/ΜΕΘ/οικ.391191(11689)

Προς: Τις Περιφέρειες  
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ-ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-  
ΘΡΑΚΗΣ

**ΘΕΜΑ: Διαβίβαση Υπηρεσιακής Ανακοίνωσης για δημοσίευση στην Π.Κ.Μ.**

**ΣΧΕΤ.: Η αρ.πρωτ.Α1β/Γ.Π.οικ.25210/05-06-2025 απόφαση του Υπουργείου Υγείας για συγκρότηση και ορισμό μελών της Επιτροπής εξετάσεων για χορήγηση Αδειας Φαρμακευτικού Επαγγέλματος με έδρα τη Θεσσαλονίκη.**

Ύστερα από το ανωτέρω σχετικό, σας στέλνουμε συνημμένα την από 27-05-2026 ανακοίνωση της Υπηρεσίας μας, που αφορά τις εξετάσεις φαρμακοποιών για την άδεια άσκησης επαγγέλματος περιόδου **ΙΟΥΝΙΟΥ 2026**.

Να δημοσιευτεί η ανακοίνωση σε όλες τις Περιφέρειες: **Θεσσαλίας-Μακεδονίας-Θράκης**, προκειμένου αυτές να ενημερώσουν τις Π.Ε., Διευθύνσεις και τμήματα Υγείας αρμοδιότητάς τους.

**Μ.Ε.Π.  
Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ**

**ΖΑΡΔΑΒΑ ΓΕΩΡΓΙΑ**



**ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ**



**ΖΙΑΜΠΑΡΗ ΙΛΙΑΝΑ  
ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

**Π.Ε.ΗΜΑΘΙΑΣ**  
Μητροπόλεως 44  
Βέροια Τ.Κ.:59100

**Π.Ε.ΚΙΑΚΙΣ**  
Μεταμορφώσεως 2  
Κιλκίς Τ.Κ.:61100

**Π.Ε.ΠΕΛΛΑΣ**  
Διοικητήριο  
Έδεσσα Τ.Κ.:58200

**Π.Ε.ΠΕΡΙΑΣ**  
28<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 40  
Κατερίνη Τ.Κ.:60100

**Π.Ε.ΣΕΡΡΩΝ**  
Μεραρχίας 36  
Σέρρες Τ.Κ.:62100

**Π.Ε.ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ**  
Διοικητήριο  
Πολύγυρος Τ.Κ.:63100

**Π.Ε.ΚΑΒΑΛΑΣ**  
Εθν.Αντίστασης 20  
Καβάλα Τ.Κ.:65403

**Π.Ε.ΔΡΑΜΑΣ**  
Διοικητήριο  
Δράμα Τ.Κ.:66100

**Π.Ε.ΚΟΖΑΝΗΣ**  
Δημοκρατίας 27  
Κοζάνη Τ.Κ.:50100

**Π.Ε.ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ**  
Δ/ση Υγείας  
Καστοριά Τ.Κ.:52100

**Π.Ε.ΦΛΩΡΙΝΑΣ**  
Διοικητήριο  
Φλώρινα Τ.Κ.:53100

**Π.Ε.ΓΡΕΒΕΝΩΝ**  
Γρεβενά Τ.Κ.:51100

**Π.Ε.ΕΒΡΟΥ**  
Δήμητρας 19  
Αλεξανδρούπολη Τ.Κ.:68100

**Π.Ε.ΡΟΔΟΠΗΣ**  
Συμεωνίδη-Υψηλάντη  
Κομοτηνή Τ.Κ.:69100

**Π.Ε.ΞΑΝΘΗΣ**  
Διοικητήριο  
Ξάνθη Τ.Κ.:67100

**Π.Ε.ΤΡΙΚΑΛΩΝ**  
Τσιτσάνη 31  
Τρίκαλα Τ.Κ.:42100

**Π.Ε.ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**  
2ας Νοεμβρίου 135  
Βόλος Τ.Κ.:38001

**Π.Ε.ΛΑΡΙΣΑΣ**  
Διοικητήριο  
Λάρισα Τ.Κ.:41110

**Π.Ε.ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ**  
Κουμουνδούρου 29  
Καρδίτσα Τ.Κ.:43132

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΤΙΑΣ





73  
2626  
8

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΙΑΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙ.ΥΠΕΡ.ΑΝ.ΘΡΑΚ.ΚΑ.ΕΠΙΧ.ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
Αρ.Πρωτ.:  
Ημερομηνία: 26/8/02-06-26

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Θεσσαλονίκη, 27 Μαΐου 2026

Ταχ. Δ/ση : 26<sup>η</sup> Οκτωβρίου 64  
Ταχ.Κώδ. : 54627, Θεσ/νίκη  
Πληροφορίες : Π.Ζαγορίτη  
Τηλέφωνο : 2313330848  
E-Mail : p.zagoriti@pkm.gov.gr

### ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

ΓΕΝΑ

Σας πληροφορούμε ότι οι εξετάσεις των φαρμακοποιών για την βεβαίωση άσκησης επαγγέλματος φαρμακόποιού, περιόδου ΙΟΥΝΙΟΥ 2026, θα διεξαχθούν στη Θεσσαλονίκη, σε αίθουσες και ώρες που θα ορισθούν με νεότερη ανακοίνωση, ως εξής:

- ΔΕΥΤΕΡΑ 29-06-2026** Έλεγχος Φαρμάκων -Ελληνική Φαρμακοποιία-Φαρμακοτεχνία  
Αναγνώριση πλειόνων φαρμάκων
- ΤΡΙΤΗ 30-06-2026** Παρασκευή Φαρμακοτεχνικών ή χημικών σκευασμάτων.  
Εκτέλεση συνταγών
- ΤΕΤΑΡΤΗ 01-07-2026** Φαρμακευτική Εμπορευματολογία-Στοιχεία Ιστορίας της  
Φαρμακευτικής- Φαρμακευτική Νομοθεσία
- ΠΕΜΠΤΗ 02-07-2026** Φαρμακολογία
- ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 03-07-2026** Τοξικολογία

Τα δικαιολογητικά των υποψηφίων πρέπει να περιέλθουν στην Υπηρεσία μας από 08-06-2026 και το αργότερο μέχρι 23-06-2026. Εως 22/6/26

Τροποποίηση του προγράμματος γίνεται από τους εξεταστές, σύμφωνα και με το υπόλοιπο πρόγραμμα λειτουργίας της Σχολής και ενημερώνεστε κατά τη διάρκεια των εξετάσεων.

Παράκληση, να αποστέλλονται από άλλες Π.Ε. στην Υπηρεσία μας, ΜΟΝΟ διαβιβαστικό και κατάσταση του υποψηφίου.

Το παράβολο 11,74 ευρώ, όσοι είναι από άλλη Περιφερειακή Ενότητα, το προμηθεύονται από το Τ.Π.& Δανείων της Θεσσαλονίκης, Ερμού & Καρόλου Ντήλ γωνία και το καταθέτουν στη γραμματεία της Επιτροπής, την πρώτη μέρα των εξετάσεων.

Μ.Ε.Π.

Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΤΥΠΟ

ΖΑΡΔΑΒΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΣΙΑΠΗΑΡΗ ΙΣΑΒΕΛΛΑ

## ΑΙΤΗΣΗ

### ΔΙΑΒΙΒΑΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

#### ΠΡΟΣ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΒΡΟΥ

##### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ (ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ)

ΕΠΩΝΥΜΟ .....  
ΟΝΟΜΑ:..... ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ή ΣΥΖΥΓΟΥ:.....  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ .....  
ΟΔΟΣ: ..... ΑΡΙΘΜΟΣ:..... ΠΟΛΗ: .....  
Τ. Κ.: ..... ΤΗΛ: .....  
EMAIL: .....

Σας υποβάλλω τα απαραίτητα δικαιολογητικά και σας παρακαλώ να τα διαβιβάσετε στην Περιφερειακή Ενότητα Θεσ/νικης στη Δ/νση Δημ. Υγείας & Κοιν. Μέριμνας στο Τμήμα Φαρμάκων – Φαρμακείων προκειμένου να λάβω μέρος στις εξετάσεις περιόδου .....26 για την απόκτηση βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού.

(Πόλη - Ημερομηνία).....

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....  
(υπογραφή)

## **ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ**

1. Αίτηση του ενδιαφερόμενου
2. Αντίγραφο πτυχίου (φωτοτυπία).
3. Φωτοτυπία Αστυνομικής ταυτότητας
4. Βεβαίωση πρακτικής άσκησης απ' το Νοσοκομείο θεωρημένο για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Διευθυντή του Νοσοκομείου.
5. Ένορκες βεβαιώσεις επικυρωμένες από την οικεία Δ/ση Δημ.Υγείας της Π.Ε. της έδρας του φαρμακείου, με τις οποίες θα πιστοποιείται αναλυτικά το χρονικό διάστημα της άσκησης και η επί εξάωρο καθημερινά άσκηση.
6. Βεβαίωσης της Δ/σης Υγείας για την ολοκλήρωση της πρακτικής
7. Επίδειξη τετραδίου πρακτικής στην εξεταστική Επιτροπή θεωρημένα και τα τέσσερα τρίμηνα (θα το έχετε μαζί σας στη Θεσσαλονίκη).
8. Παράβολο 11,74 € από το Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων  
τα ο οποίο το παίρνετε από την πόλη στην οποία θα δώσετε εξετάσεις.

### **ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ**

1. Αίτηση συμμετοχής
2. Βεβαίωση αναγνώρισης πτυχίου από ΔΙΚΑΤΣΑ (ΔΟΑΤΑΠ) και βαθμολογία πτυχίου.
3. Πιστοποιητικό διετούς ασκήσεως σε φαρμακεία της ημεδαπής ή αλλοδαπής όπου θα αναγράφεται αναλυτικά ο χρόνος ασκήσεως, θα φέρει υπογραφή του ασκήσαντος φαρμακοποιού, θεώρηση από τον πρόεδρο του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου, σφραγίδα της Χάγης και του οικείου ελληνικού προξενείου, αν η πρακτική άσκηση έχει γίνει στο εξωτερικό. Το πιστοποιητικό θα είναι επίσημα μεταφρασμένο, ενώ αν η πρακτική άσκηση έχει γίνει στην Ελλάδα ισχύουν τα 2 & 5 όπως στους φοιτητές εσωτερικού.
4. Παράβολο 11,74 € από το Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων  
τα ο οποίο το παίρνετε από την πόλη στην οποία θα δώσετε εξετάσεις.
5. Διαβατήριο επίδειξη
6. Φωτοτυπία Αστυνομικής ταυτότητας
7. Επίδειξη τετραδίου πρακτικής θεωρημένο.

Ομογενείς και υπήκοοι κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας υποβάλλουν μαζί με τα δικαιολογητικά και άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα

Τα δικαιολογητικά κατατίθενται στη Δ/ση Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας του τόπου μόνιμης κατοικίας.

### **ΠΡΟΣΟΧΗ**

**Η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά εφόσον απαιτηθούν.**