TEB II. BÖLGE ANKARA ECZACI ODASI

AÇILIŞ, DEVİR, NAKİL İŞLEMLERİ SIRASINDA İSTENEN BELGELER

1.Matbu Form (Odamızdan alınacak)
2. İlçe Sağlık Müdürlüğü üst yazısı
3. Mesleki faaliyetlerini içeren **Özgeçmiş**
4. Dilekçe (Eczane Açma/Devir/Nakil durumunu içeren)
5. Nüfus Kayıt Örneği (e-Devlet'ten alınabilir)
6. Adli Sicil Kaydı (e-Devlet'ten alınabilir)
7. İkametgâh (e-Devlet'ten alınabilir)
8. 1 adet **vesikalık fotoğraf, devir ise devir eden eczacının vesikalık fotoğrafı**

9. Sağlık Bakanlığı tarafından tescili **Diploma**nın aslı ve fotokopisi ("aslı gibidir" onayı Odamız tarafından yapılacaktır)

10. Mesleğini yapmayı engelleyecek bir hastalığın bulunmadığına dair **sağlık raporu**

11. Göz raporu (mesleğini yapmayı engelleyecek derecede iki gözün görmekten mahrum olmadığına dair, Göz uzmanının adının ve unvanının açık olarak yazıldığı rapor)

12. 2 adet Kroki (eczane yerine ait 1/50 veya 1/100 ölçekli, Mimarlar veya İnşaat Mühendisleri Odasına kayıtlı olduğu belgelenen mimar veya mühendis tarafından hazırlanmış kroki/vaziyet planı krokisi A4 kâğıt büyüklüğünde olmalıdır)Krokide eczanenin adı, eczacının adı, adresi, net kullanım alanı, laboratuvar, WC, satış alanı, depo vb. eczane kısımlarının her birinin metrekare alanı ve yüksekliği krokinin alt kısmında ayrı bir şekilde belirtilmelidir. Eczanenin konumunu gösterir, cadde ve sokak isimlerinin yer aldığı vaziyet planı bulunmalıdır. Eczanenin giriş kapısı/kapıları bu vaziyet planı üzerinde hangi sokak, cadde üzerinde ise belirtilmelidir. Alışveriş merkezi, siteler, havaalanları, otogarlar, tren garlarında açılacak eczaneler haricindeki eczanelerin kapılarından en az birinin belediyelere ait cadde ve sokak üzerinde bulunması zorunludur. (Krokiyi hazırlayan mimar veya mühendisin ilgili meslek odasına kayıtlı olduğunu gösteren belge eklenmelidir.)

13. Eczane olacak yere ait **yapı ruhsatı veya yapı kullanım izin belgesi** (ilgili belediyeden "aslı gibidir" onaylı sureti) ya da o yerin bağlı bulunduğu belediye tarafından dükkân veya işyeri olarak kullanılabileceğine dair resmî belgesi olmalıdır. Yapı ruhsatı veya yapı kullanım izin belgesindeki adres ile dosyadaki diğer belgelerdeki adres aynı olmalıdır.

14. İlgili belediyeden söz konusu yerin ada, parsel, paftasına ait güncel adresinin belirtildiği adres tespit yazısının (**numarataj**) eklenmesi gereklidir. **(Numarataj yeni tarihli ve eczacının adına çıkmış olması gerekmektedir.)**
İmar affından yararlanılmışsa;
- Çevre ve Şehircilik Bakanlığından imar affı kapsamında alınan Yapı Kayıt Belgesinin fotokopisi,
***Eczane olacak yer tapuda dükkân olarak geçmiyorsa, imar affından yararlanarak niteliği ticari olarak değişmişse, brüt/net kullanım alanı değişmişse vb. yapılan tadilatın detayını gösteren başvuru belgesi eklenmelidir.

15. Eczane olacak yerin dükkân veya işyeri olduğuna dair aslına uygunluğu tapu müdürlüğü veya noter tarafından tasdik edilmiş **tapu senedi fotokopisi** veya tapu aslı ve fotokopisi ("aslı gibidir" onayı Odamız tarafından yapılacaktır)

16. Eczane olacak dükkân kiralık ise **kira kontratı**nın aslı ve fotokopisi

17. Eczane olacak dükkânı kiraya veren kişi dükkân sahibi değilse **kiraya verebilme yetki belgesi**

18. Eczane olacak dükkân farklı açılardan çekilmiş 1 adet yakın, 1 adet uzak plan **fotoğrafları** (fotoğraflarda eczane olacak dükkân ve binanın tamamı net bir şekilde görünmeli ve fotoğraf kâğıdına baskı olmalı)

19. Eczane olacak dükkânın google.maps sitemindeki **konum bilgisi** (koordinat veya yeri işaretlenmiş harita çıktısı)

20. Yeni açılan eczaneler ve devir olan eczaneler için **demirbaş faturaları**nın fotokopisi

21. İmza sirküsü

TEB II. BÖLGE ANKARA ECZACI ODASI'NA

Aşağıda bilgileri sunulan eczaneyi devretmek istiyorum. Devredeceğim eczaneye ilişkin ekte Muvazaa Komisyonu'na sunduğum belge ve içeriklerin tarafımdan hazırlanmış, tasnif edilmiş ve doğru olduğunu kabul ve taahhüt ederim.

Gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

ECZANEYİ DEVİR EDEN ECZACININ ADI/SOYADI	
ECZANEYİ DEVİR ALAN ECZACININ ADI/SOYADI	
DEVİR EDİLECEK ECZANENİN ADI	
DEVİR EDİLECEK ECZANENİN ADRESİ	
TARİH	
İMZA	

(Lütfen dilekçe eklerinizi numaralandırarak ve başlıklandırarak aşağıdaki boş alan içerisinde sırasıyla belirtiniz)

EKLER :

TEB II. BÖLGE ANKARA ECZACI ODASI'NA

Aşağıda bilgileri sunulan eczaneyi devralmak istiyorum. Devralacağım eczaneye ilişkin ekte Muvazaa Komisyonu'na sunduğum belge ve içeriklerin tarafımdan hazırlanmış, tasnif edilmiş ve doğru olduğunu kabul ve taahhüt ederim.

Gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

ECZANEYİ DEVİR ALAN ECZACININ ADI/SOYADI	
ECZANEYİ DEVİR EDEN ECZACININ ADI/SOYADI	
DEVİR EDİLECEK ECZANENİN ADI	
DEVİR EDİLECEK ECZANENİN ADRESİ	
TARİH	
İMZA	

(Lütfen dilekçe eklerinizi numaralandırarak ve başlıklandırarak aşağıdaki boş alan içerisinde sırasıyla belirtiniz)

EKLER :