



**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (Ν.Π.Δ.Δ.)**  
ΚΡΙΤΟΒΟΥΛΙΔΟΥ 19 712 01 ΗΡΑΚΛΕΙΟ  
ΤΗΛ.: 2810 283385 -2810 330193, FAX : 2810 330194  
Web: [www.ish.gr](http://www.ish.gr), e-mail: [info@ish.gr](mailto:info@ish.gr)

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

### Π.Φ.Υ.-ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΑ

1. Αναγγελία έναρξης λειτουργίας
2. Βεβαίωση του ιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης της ειδικότητας για τον δικαιούχο ιατρό ή τους επιστημονικά υπευθύνους ιατρούς του Νομικού Προσώπου στην περίπτωση που ο δικαιούχος ή οι επιστημονικά υπεύθυνοι δεν είναι μέλη του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτούνται τη βεβαίωση λειτουργίας.
3. Συμβόλαιο αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, όπου θα στεγάζεται ο εν λόγω φορέας.
4. Κανονισμό συνιδιοκτησίας σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία, από όπου προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η χρήση του χώρου για τη λειτουργία του φορέα ή Υπεύθυνη Δήλωση του ιδιοκτήτη ότι «δεν απαγορεύεται.....φορέα»
5. Διάγραμμα κάτοψης του διατιθέμενου χώρου κλίμακας 1/50, σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους, θεωρημένο από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό, ή αρχιτέκτονα, ο οποίος βεβαιώνει ότι:
  - οι χρησιμοποιούμενοι χώροι είναι κύριας χρήσης και πιστοποιεί ότι πληρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές, όπως αυτές ορίζονται στο Π.Δ. 84/2001 (ΧΚΧ, ή ΧΚΧ\*, ή ΧΧ\*\*, όπως απαιτείται από το παράρτημα Α)
  - ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους αποκλειστικής χρήσης,
  - ότι δεν απαγορεύεται από τις πολεοδομικές διατάξεις η χωροθέτηση της συγκεκριμένης χρήσης στον προβλεπόμενο χώρο.
6. Βεβαίωση από διπλωματούχο ηλεκτρολόγο-μηχανολόγο ή διπλωματούχο ηλεκτρολόγο εγκαταστάτη από την οποία θα προκύπτει ότι η ηλεκτρική εγκατάσταση είναι κατάλληλη και επαρκής για τη χρήση του συγκεκριμένου εξοπλισμού.
7. Πιστοποιητικό πυρασφάλειας.
8. Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του εργαστηρίου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του Π.Δ. 84/2001.
9. Υποβολή επίσημων αντιγράφων των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού.

10. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό ή οδοντιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία.
11. Απόδειξη Ιατρικού ή Οδοντιατρικού συλλόγου, στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των τετρακοσίων (400) ευρώ.
12. Απόσπασμα ποινικού Μητρώου του αιτούντος και του επιστημονικά υπευθύνου. Σε περίπτωση Νομικού Προσώπου ή αστικού ιατρικού συνεταιρισμού, απόσπασμα ποινικού Μητρώου του διαχειριστή ή του νόμιμου εκπροσώπου ή των μελών του Δ.Σ. (σε περίπτωση ανωνύμου εταιρείας) και του επιστημονικά υπευθύνου.
13. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος.

Στη περίπτωση που το πολυϊατρείο διαθέτει διαγνωστικό εργαστήριο, πέραν των αναφερομένων στην προηγούμενη παράγραφο δικαιολογητικών, απαιτείται: βεβαίωση από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό περί της στατικής επάρκειας του ακινήτου, στο οποίο στεγάζεται το διαγνωστικό εργαστήριο, εφόσον πρόκειται για Μαγνητικό Τομογράφο για χώρο εκτός ισογείου, ή υπογείου.

Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας ιδιωτικού πολυϊατρείου που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου ή αστικού ιατρικού συνεταιρισμού, εκτός των παραπάνω δικαιολογητικών απαιτείται επιπλέον:

- α. Βεβαίωση του ιατρικού ή οδοντιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων ιατρών ή οδοντιάτρων του ιδιωτικού πολυϊατρείου και πολυοδοντιατρείου στην περίπτωση που δεν είναι μέλη του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας.
- β. Καταστατικό του νομικού προσώπου ή του αστικού ιατρικού συνεταιρισμού.
- γ. Ονομαστική κατάσταση του επιστημονικού προσωπικού και υπεύθυνη δήλωση ότι σε περίπτωση διακοπής της εργασιακής σχέσης, θα γνωστοποιείται το όνομα του αντικαταστάτη εντός δέκα πέντε (15) ημερών.
- δ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 των επιστημονικά υπευθύνων και των ιατρών ή οδοντιάτρων εταίρων ή μετόχων ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.
- ε. Σε περίπτωση Ανώνυμης Εταιρείας, ονομαστικός κατάλογος των μετόχων.

Στην περίπτωση αντικατάστασης επιστημονικά υπευθύνου απαιτούνται:

1. Υπεύθυνη Δήλωση του ιατρού που αποχωρεί
2. Υπεύθυνη Δήλωση του νέου ιατρού ότι:
  - αναλαμβάνει την επιστημονική υπευθυνότητα και
  - ότι δεν του απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος.
  - παρίσταται καθ' όλη τη διάρκεια (ή κατά τις ώρες ..... ) λειτουργίας του φορέα
3. Σε περίπτωση απουσίας του επιστημονικά υπευθύνου ορισμός αντικαταστάτη του.
4. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του νέου ιατρού
5. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης του ιδίου
6. Αναγγελία έναρξης λειτουργίας υπογεγραμμένη από το Νόμιμο εκπρόσωπο
7. Άδεια λειτουργίας πολυϊατρείου