



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (Ν.Π.Δ.Δ.)

ΚΡΙΤΟΒΟΥΛΙΔΟΥ 19 712 01 ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΤΗΛ.: 2810 283385 -2810 330193, FAX : 2810 330194

Web: www.ish.gr, e-mail: info@ish.gr

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Π.Φ.Υ.-ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

1. Αναγγελία έναρξης λειτουργίας
2. Επικυρωμένο αντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση αναγγελίας ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος, τίτλου ειδικότητας (εφόσον υπάρχει) των επιστημονικά υπευθύνων και βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο, στην περίπτωση που ο δικαιούχος ή ο επιστημονικά υπεύθυνος δεν είναι μέλος του Συλλόγου στην Περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας.
3. Τίτλοι ιδιοκτησίας ή συμφωνητικό μίσθωσης ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, στο οποίο θα στεγάζεται το εν λόγω ιατρείο
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 ελλείψει αυτού Υπεύθυνη Δήλωση του διαχειριστή ή ελλείψει αυτού από τον 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. Κατάλογο των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του ιατρείου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του Π.Δ. 84/2001
7. Υποβολή επισήμων αντιγράφων των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού.
8. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία

9. Απόδειξη Ιατρικού συλλόγου στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των διακοσίων (200)ευρώ.
10. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης, έκδοσης τελευταίου τριμήνου, από το οποίο να προκύπτει ότι ο αιτών δεν έχει καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα ή για κάποιο από τα πλημμελήματα της κλοπής, υπεξαίρεσης, απάτης, εκβίασης, πλαστογραφίας, παραχάραξης, βαριάς σωματικής βλάβης, παράβασης των διατάξεων περί ναρκωτικών ή των διατάξεων που αναφέρονται στα ήθη.
11. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.
12. Σε περίπτωση 2ου-3ου κλπ. Ιατρείου απαιτείται Υπεύθυνη Δήλωση του ιατρού όπου θα αναφέρει τις ημέρες και ώρες λειτουργίας που πρόκειται να τηρεί σε κάθε ιατρείο καθώς και τις σχετικές άδειες λειτουργίας που έχει λάβει για τα ιατρεία που διατηρεί.

Όταν η βεβαίωση λειτουργίας χορηγείται σε νομικό πρόσωπο ή σε αστικό ιατρικό συνεταιρισμό, την αναγγελία έναρξης λειτουργίας υποβάλλει ο νόμιμος εκπρόσωπος. Στην περίπτωση αυτή εκτός των παραπάνω δικαιολογητικών απαιτείται επιπλέον:

1. Βεβαίωση του ιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων του ιατρείου ιατρών στην περίπτωση που δεν είναι μέλος του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας.
2. Καταστατικό της εταιρείας και τυχόν τροποποιήσεις αυτού, με τα αντίστοιχα ΦΕΚ δημοσίευσής τους ή πιστοποιητικά καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας της εταιρείας.
3. 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.
4. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του επιστημονικά υπευθύνου και των ιατρών ή οδοντιάτρων εταίρων ή μετόχων ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος
5. Σε περίπτωση Ανώνυμης Εταιρείας, ονομαστικός κατάλογος των μετόχων.

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

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

- Σε περιπτώσεις πανεπιστημιακών ιατρών που θέλουν να λειτουργήσουν ιδιωτικό ιατρείο, εκτός των υπόλοιπων δικαιολογητικών, θα πρέπει να προσκομίζουν και τις παρακάτω βεβαιώσεις :
 - α) Βεβαίωση από την Διοίκηση του Νοσοκομείου όπου υπηρετούν, ότι συμμετέχουν στην ολοήμερη, πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του Νοσοκομείου τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα εκτός των ημερών εφημερίας (Ν.4025/11, άρθρο 30, παρ.2). Η διάρκεια της βεβαίωσης καθορίζεται από το Νοσοκομείο. Εφόσον αυτή λήξει απαιτείται η προσκόμιση νέας. (Επισημαίνουμε ότι η μη συμμετοχή του Πανεπιστημιακού ιατρού στην ολοήμερη λειτουργία του νοσοκομείου καθώς και η μη προσκόμιση επικαιροποιημένης βεβαίωσης από το Νοσοκομείο, θα επιφέρει αυτοδίκαια την ανάκληση της λειτουργίας του ιδιωτικού ιατρείου) και
 - β) Βεβαίωση του Κοσμήτορα της Σχολής στην οποία ανήκουν, ότι είναι ενήμερος για την άσκηση ελευθέρου επαγγέλματος (Ν.4009/11, άρθρο 23, παρ.θ').
- Σε περιπτώσεις πανεπιστημιακών ιατρών που δεν θέλουν να λειτουργήσουν ιατρείο, αλλά απλά να κάνουν έναρξη επιτηδεύματος στην αντίστοιχη ΔΟΥ και να εργάζονται ως συνεργάτες Θεραπευτηρίων ή Διαγνωστικών Εργαστηρίων, εκτός των δυο βεβαιώσεων της παραπάνω οδηγίας θα πρέπει να προσκομίζουν:
Υπεύθυνη Δήλωση (Ν.1599/1986) ότι: «1. Θα απασχοληθώ σε θέση Επιστημονικού Συμβούλου-Συνεργάτη σε Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή Διαγνωστικά Εργαστήρια (διαγράφεται η λέξη θεραπευτήρια ή Εργαστήρια ανάλογα με την Ειδικότητα). 2. Δεν θα λειτουργήσω Ιδιωτικό Ιατρείο. 3. Δεν θα διατηρώ Βιβλίο ασθενών και Α.Π.Υ. αθεώρητες, αλλά θεωρημένες από την αντίστοιχη Δ.Ο.Υ. 4. Δεν θα προβώ σε καμία ενημερωτική καταχώρηση στα έντυπα Μ.Μ.Ε. του ονοματεπωνύμου μου, της ειδικότητάς μου, της διεύθυνσης μου και του ωραρίου, καθ' όσον δεν λειτουργώ ιατρείο (Ν.3418/2005, άρθρο 17 παρ.8γ όπως προστέθηκε με το Ν.3599/2007, άρθρο 31, παρ.1).»

ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΠΡΟΣ Ι.Σ.Η.

- Απλό ιατρείο: 200 €
- Συστέγαση: 200 € για κάθε γιατρό. Σε περίπτωση που ο ένας γιατρός έχει ήδη άδεια λειτουργίας ιατρείου, σύμφωνα με το Π.Δ. 84/2001, τότε την απόδειξη πληρωμής πληρώνει ο γιατρός που πρόκειται να συστεγαστεί.
- Συστέγαση ιατρείων με κοινή άδεια λειτουργίας: 200 €
- Ιατρική Εταιρεία (μέχρι δύο τμήματα): 200 €. Η απόδειξη πληρωμής προς τον Ιατρικό Σύλλογο εκδίδεται στο όνομα του νόμιμου εκπροσώπου.
- Ιατρική Εταιρεία (τρία τμήματα και άνω, δηλ. πολυϊατρείο): 400 €.

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΣΤΕΓΑΣΗΣ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

Θα

πρέπει επιπρόσθετα να προσκομίζουν οι συστεγασζόμενοι ιατροί ιδιωτικό συμφωνητικό όπου θα ορίζονται οι όροι της συνεργασίας τους σύμφωνα με το υπόδειγμα που υπάρχει αναρτημένο στην ιστοσελίδα μας (www.ish.gr) /Υπηρεσίες μελών/Διαδικασίες-Έντυπα/Συστεγάσεις)