

Δικαιολογητικά για τη λειτουργία Διαγνωστικού Εργαστηρίου & Πολυιατρείου

- I. Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας διαγνωστικού εργαστηρίου απαιτείται αναγγελία έναρξης λειτουργίας των δικαιούχων ή του νομίμου εκπροσώπου σε περίπτωση νομικού προσώπου ή αστικού συνεταιρισμού. Στις περιπτώσεις της κοινής βεβαίωσης λειτουργίας ή απλής συστέγασης, οι δικαιούχοι υποβάλλουν την αναγγελία έναρξης λειτουργίας από κοινού καθώς και ιδιωτικό συμφωνητικό για τον έλεγχο των όρων συνεργασίας και την τήρηση των διατάξεων για την άσκηση του επαγγέλματος και την ιατρική δεοντολογία.
- II. Για τη χορήγηση της βεβαίωσης της αναγγελίας έναρξης πρέπει να υποβληθεί φάκελος με τα ακόλουθα δικαιολογητικά:
 - 1) Βεβαίωση του ιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης της ειδικότητας για τον δικαιούχο ιατρό ή τους επιστημονικά υπευθύνους ιατρούς του Νομικού Προσώπου **ΜΟΝΟ** στην περίπτωση που ο δικαιούχος ή οι επιστημονικά υπεύθυνοι δεν είναι μέλη του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτούνται τη βεβαίωση λειτουργίας.
Οι ιατροί που αιτούνται χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας ιατρείου ή ανάληψη επιστημονικής υπευθυνότητας σε ιατρείο/διαγνωστικό εργαστήριο ή τμήμα πολυιατρείου οφείλουν να έχουν εξοφλήσει τις οικονομικές υποχρεώσεις τους προς τον Ι.Σ.Α (άρθρο 296 παρ. 6 του Ν.4512/2018).
 - 2) Συμβόλαιο αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης (**καθώς και την δήλωση του στο taxisnet**), ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, όπου θα στεγάζεται ο εν λόγω φορέας.
 - 3) Κανονισμό συνιδιοκτησίας σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία, από όπου προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η χρήση του χώρου για τη λειτουργία του φορέα. **Εκτός εάν από επίσημο έγγραφο αποδείξει ότι το ιατρείο λειτουργούσε πριν την ισχύ του ΠΔ 84/2001.**

-Σε περίπτωση που δεν υπάρχει κανονισμός πολυκατοικίας → Υπεύθυνη δήλωση Ν. 1599/86 από το διαχειριστή της πολυκατοικίας, με γνήσιο υπογραφής από ΚΕΠ ή αστυνομικό τμήμα, στην οποία θα βεβαιώνει ότι «ως διαχειριστής της πολυκατοικίας, επί της οδού βεβαιώνω ότι δεν υπάρχει κανονισμός κτιρίου που να απαγορεύει τη λειτουργία ιατρείων».
 - 4) Βεβαίωση από την **Πολεοδομία ή από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό ή αρχιτέκτονα** από την οποία να προκύπτει ότι **δεν απαγορεύεται από τις πολεοδομικές διατάξεις και τους κανονισμούς ακτινοπροστασίας ή από άλλες ειδικές διατάξεις η χωροθέτηση της συγκεκριμένης χρήσης στον προβλεπόμενο χώρο.**
 - 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 παράρτημα Α του Π.Δ. 84/2001 καθώς και του Κτιριοδομικού Κανονισμού όπως αυτά έχουν τροποποιηθεί και ισχύουν σήμερα (ΦΕΚ 2302Β'/27-08-2014) καθώς και ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους σε χώρους αποκλειστικής χρήσης.

ΠΡΟΣΟΧΗ!!! Οι χώροι κύριας χρήσης πρέπει να διαθέτουν φυσικό φωτισμό και αερισμό.

Σημείωση: Σας επισημαίνουμε την υποχρέωση σας να προβείτε στις απαραίτητες διαμορφώσεις, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 26 & 27 του Ν.4067/2012, που αφορούν στην προσβασιμότητα των ΑΜΕΑ.

- 6) Άδεια οικοδομική ή βεβαίωση από την αρμόδια αρχή για το νομίμως υφιστάμενο κτίριο σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 23 παρ. 1 του Ν. 4067/2012 (Ν.Ο.Κ.).
-Τα Διαγνωστικά Εργαστήρια υπάγονται στον Κτιριοδομικό Κανονισμό και στον Κανονισμό Πυροπροστασίας Νέων Κτιρίων στην κατηγορία χρήσης «Υγεία και Κοινωνική Πρόνοια» (ΦΕΚ Β' 2302/2014).
-Το Πολυϊατρείο πολυοδοντιατρείο υπάγεται στον Κτιριοδομικό Κανονισμό και στον Κανονισμό Πυροπροστασίας Νέων Κτιρίων στην κατηγορία χρήσης «Υγεία και Κοινωνική Πρόνοια» (ΦΕΚ Β' 2302/2014).
- 7) 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.
- 8) Πιστοποιητικό πυρασφάλειας (**από Πυροσβεστικό Σώμα**).
- 9) 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.
- 10) Πιστοποιητικό καταλληλότητας ακτινολογικού εξοπλισμού από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (Ε.Ε.Α.Ε.) σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.
- 11) Προσκόμιση **ειδικής άδειας λειτουργίας**, σύμφωνα με τους ισχύοντες κανονισμούς ακτινοπροστασίας, εφόσον θα χρησιμοποιούνται τεχνικές ή μηχανήματα **ιοντίζουσας ακτινοβολίας**. Η παραπάνω άδεια εκδίδεται είτε στο όνομα της εταιρείας είτε στο όνομα του εταίρου, που εισφέρει τον εξοπλισμό κατά χρήση.
- 12) Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του εργαστηρίου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του Π.Δ. 84/2001 όπως ισχύει σήμερα (ΦΕΚ 2302Β'/27-08-2014).
- 13) **Υποβολή επίσημων αντιγράφων (θεωρημένων από δικηγόρο)** των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού.
- 14) Πιστοποιητικό σήμανσης **CE** για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό ή οδοντιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία. **Εκτός εάν από επίσημο έγγραφο αποδειχτεί ότι το ιατρείο λειτουργούσε πριν την ισχύ του ΠΔ 84/2001.**
- 15) **Απόδειξη Ιατρικού Συλλόγου**, στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των τετρακοσίων (**400**) ευρώ.

- 16) 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. **(Διευκρινίζεται ότι ο ΙΣΑ θα ζητά αυτεπάγγελα μόνο για τα μέλη του το απόσπασμα ποινικού μητρώου από τις αρμόδιες αρχές)**
- 17) Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου στην οποία θα δηλώνονται ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος, με θεωρημένο από αρμόδια αρχή το γνήσιο της υπογραφής.
- 18) Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας και Αριθμό Φορολογικού Μητρώου (ΑΦΜ) του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου.

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 δικαιολογητικών των περιπτώσεων (β) έως και (ια) της ανωτέρω παραγράφου, υποβάλλονται και τα εξής:

α. 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.

β. Καταστατικό του νομικού προσώπου ή του αστικού ιατρικού συνεταιρισμού.

γ. Ονομαστική κατάσταση του επιστημονικού προσωπικού στην οποία θα ορίζεται αντικαταστάτης σε περίπτωση απουσίας του επιστημονικά υπευθύνου ιατρού της ίδιας ειδικότητας.

δ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του νόμιμου εκπροσώπου της εταιρείας ότι σε περίπτωση διακοπής της εργασιακής σχέσης, θα γνωστοποιείται το όνομα του αντικαταστάτη εντός δέκα πέντε (15) ημερών.

ε. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του επιστημονικά υπευθύνου και των ιατρών εταίρων ή μετόχων ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος.

ζ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του αντικαταστάτη, σε περίπτωση απουσίας του επιστημονικά υπευθύνου.

η. Σε περίπτωση Ανώνυμης Εταιρείας, ονομαστικός κατάλογος των μετόχων.

Διευκρινίζεται ότι:

- 1) Εάν ο φάκελος δεν είναι πλήρης δεν θα χορηγείται βεβαίωση αναγγελίας ιατρείου.**
- 2) Η θεώρηση των νομίμων παραστατικών κτήσης του επιστημονικού εξοπλισμού θα πρέπει να γίνεται από δικηγόρο. Υπεύθυνη δήλωση του Ν 1599/86, περί της γνησιότητας των φωτοαντιγράφων (για τα συγκεκριμένα έγγραφα) δεν γίνεται αποδεκτή.**