

## Δικαιολογητικά για τη λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου

1. Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου απαιτείται αναγγελία έναρξης λειτουργίας των δικαιούχων.

Στις περιπτώσεις της κοινής βεβαίωσης λειτουργίας ή απλής συστέγασης, οι δικαιούχοι υποβάλλουν την αναγγελία έναρξης από κοινού και ιδιωτικό συμφωνητικό με θεωρημένο από αρμόδια αρχή το γνήσιο της υπογραφής, για τον έλεγχο των όρων συνεργασίας και την τήρηση των διατάξεων για την άσκηση του επαγγέλματος και τη δεοντολογία.

**2. Για τη χορήγηση της βεβαίωσης της αναγγελίας έναρξης πρέπει να υποβληθεί φάκελος με τα ακόλουθα δικαιολογητικά:**

α. Επικυρωμένο αντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση αναγγελίας ασκήσεως του ιατρικού τίτλου ειδικότητας (εφόσον υπάρχει) των επιστημονικά υπευθύνων και βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο, **MONO** στην περίπτωση που ο δικαιούχος ή ο επιστημονικά υπεύθυνος δεν είναι μέλος του Συλλόγου στην Περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας.

β. 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.

γ. 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».

δ. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ή από **διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό ή αρχιτέκτονα** από την οποία να προκύπτει **ότι δεν απαγορεύεται από τις πολεοδομικές διατάξεις η χωροθέτηση της συγκεκριμένης χρήσης στον προβλεπόμενο χώρο (Βεβαίωση χρήσης Γής).**

ε. 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, 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 2302B'/27-08-2014)** καθώς και ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και 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.**

στ. Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του ιατρείου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του Π.Δ. 84/2001, **όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει (ΦΕΚ Β' 2302/2014).**

**ζ. Υποβολή επισήμων αντιγράφων (θεωρημένα από δικηγόρο)** των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού.

**η.** Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία. **Εκτός εάν από επίσημο έγγραφο αποδείξει ότι το ιατρείο λειτουργούσε πριν την ισχύ του ΠΔ 84/2001.**

**θ. Απόδειξη Ιατρικού συλλόγου** στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των διακοσίων **(200) ευρώ.**

**ι.** 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 )**

**κ.** Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι **δεν μου απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος**, με θεωρημένο από αρμόδια αρχή το γνήσιο της υπογραφής.

**λ.** 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. **(βλ. σελίδα 3)**

**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.** **(βλ. σελίδα 4)**

**ζ.** Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του αντικαταστάτη, σε περίπτωση απουσίας του επιστημονικά υπευθύνου. **(βλ. σελίδα 5)**

**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 νόμιμων 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.



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΘΗΝΩΝ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

**Είμαι νόμιμος εκπρόσωπος της εταιρείας με την επωνυμία ..... επί της οδού .....και για οποιαδήποτε αλλαγή δεσμεύομαι να ενημερώσω τον Ι.Σ.Α, εντός 15 ημερών.**

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται σε αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ :	ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΘΗΝΩΝ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία Γέννησης <sup>(1)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ.:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ.:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρον. Ταχυδρομείου (e-mail):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(2)</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Α) Δεν μου απαγορεύεται ιδιωτικά η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Β) **Αναλαμβάνω την επιστημονική υπευθυνότητα του..... ιατρείου της ιατρικής εταιρείας .....και σε περίπτωση αντικατάστασής μου, θα ειδοποιηθεί ο Ι.Σ.Α. εντός 15 ημερών.**

Γ) Δεν εργάζομαι στο Ε.Σ.Υ. (με οποιαδήποτε εργασιακή σχέση).

Δ) Δεν είμαι Πανεπιστημιακός ιατρός.

Ε) Δεν κατέχω οργανική θέση σε οποιαδήποτε δημόσια υπηρεσία.

ΣΤ) Δεν κατέχω πάνω από δύο επιστημονικές υπευθυνότητες.

Ζ) Δεν έχω καταδικαστεί για καμία αξιόποινη πράξη ή για πράξη που να έχει σχέση με την άσκηση της επαγγελματικής μου ιδιότητας. Την παρούσα υποβάλλω έως την έκδοση του Ποινικού Μητρώου από την αρμόδια αρχή.

Ημερομηνία: .....

Ο/Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως

(2) Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών

(3) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου, η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται σε αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ :	ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΘΗΝΩΝ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία Γέννησης <sup>(1)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ.:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ.:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρον. Ταχυδρομείου (e-mail):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(2)</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Α) Δεν μου απαγορεύεται ιδιωτικά η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Β) Σε περίπτωση απουσίας του επιστημονικά υπευθύνου του.....ιατρείου της ιατρικής εταιρείας.....αναλαμβάνω ως αντικατάστασης του και σε περίπτωση αντικατάστασής μου, θα ειδοποιηθεί ο Ι.Σ.Α. εντός 15 ημερών.

Γ) Δεν εργάζομαι στο Ε.Σ.Υ. (με οποιαδήποτε εργασιακή σχέση).

Δ) Δεν είμαι Πανεπιστημιακός ιατρός.

Ε) Δεν κατέχω οργανική θέση σε οποιαδήποτε δημόσια υπηρεσία.

ΣΤ) Δεν κατέχω πάνω από δύο επιστημονικές υπευθυνότητες.

Ζ) Δεν έχω καταδικαστεί για καμία αξιόποινη πράξη ή για πράξη που να έχει σχέση με την άσκηση της επαγγελματικής μου ιδιότητας. Την παρούσα υποβάλλω έως την έκδοση του Ποινικού Μητρώου από την αρμόδια αρχή.

Ημερομηνία: .....

Ο/Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως

(2) Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών

(3) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου, η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.