



ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Π.Φ.Υ. (ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ)

[Υπουργική Απόφαση: Υ3β/Γ.Π./οικ.24948/13-3-2012 (ΦΕΚ713/2012 τ.Β') όπως ισχύει.]

ΕΝΝΟΙΕΣ

- - Ιδιωτικό πολυϊατρείο είναι η σύνθεση τουλάχιστον τριών ιατρικών ή και λοιπών εξεταστικών μονάδων, που στεγάζονται σε λειτουργικά ενιαίο και ανεξάρτητο από κάθε άλλη χρήση χώρο. Το ιδιωτικό πολυϊατρείο δεν διαθέτει κλίνες νοσηλείας.
 - Το Πολυϊατρείο υπάγεται στον Κτιριοδομικό Κανονισμό και στον Κανονισμό Πυροπροστασίας Κτιρίων στην κατηγορία χρήσης "Υγεία και Κοινωνική Πρόνοια", όπως ισχύουν.
 - Το Πολυϊατρείο συντίθεται:
 - Από τουλάχιστον τρεις (3) Εξεταστικές Μονάδες και
 - Από τους κοινούς χώρους υποστήριξης, όπως προκύπτουν αναλογικά από τον Πίνακα Μετρικών στοιχείων της κείμενης νομοθεσίας.
 - Εξεταστική Μονάδα (Ε.Μ.) μπορεί να είναι: Ιατρείο-Εξεταστήριο, Εργαστήριο Παρασκευαστήριο Βιολογικών Υλικών, Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής in vitro, Αίθουσα Απεικόνισης, Αίθουσα γ-camera Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής in vivo με τους απαραίτητους βοηθητικούς τους χώρους, όπως αναφέρονται στις αντίστοιχες Τεχνικές Προδιαγραφές

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. **Η αναγγελία έναρξης (χορηγείται από την Υπηρεσία μας) πρέπει να συνοδεύεται από τα ακόλουθα δικαιολογητικά:**
2. Βεβαίωση του ιατρικού ή οδοντιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης της ειδικότητας για τον δικαιούχο ιατρό ή οδοντίατρο ή τους επιστημονικά υπευθύνους ιατρούς ή οδοντιάτρους 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. Κανονισμό συνιδιοκτησίας σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία, από όπου προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η χρήση του χώρου για τη λειτουργία του φορέα.
4. Πιστοποιητικό καταλληλότητας ακτινολογικού εξοπλισμού από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (Ε.Ε.Α.Ε.) σύμφωνα με τις ισχύουσες κείμενες διατάξεις.
5. Συμβόλαιο αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, όπου θα στεγάζεται ο εν λόγω φορέας.
6. Διάγραμμα κάτοψης του διατεθειμένου 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 (ΧΚΧ, ή ΧΚΧ*, ή ΧΧ**), καθώς και ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους αποκλειστικής χρήσης.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

Ν.Π.Δ.Δ.
MEDICAL ASSOCIATION OF AGRINIO
ΗΛΙΑ ΗΛΙΟΥ 5 • 30131 ΑΓΡΙΝΙΟ • ΤΗΛ:2641032317
www.isagrinio.gr • info@isagrinio.gr

7. 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.
8. 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.
9. Πιστοποιητικό πυρασφάλειας.
10. Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του εργαστηρίου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του Π.Δ. 84/2001.
11. Υποβολή επίσημων αντιγράφων των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού.
12. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό ή οδοντιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία.
13. Απόδειξη Ιατρικού Συλλόγου στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των πεντακοσίων (500) ευρώ
14. Παράβολο για επικύρωση καταστατικού(εφόσον πρόκειται για εταιρεία) ύψους διακοσίων (200) ευρώ ή ανάλογα με το κόστος του τιμολογίου έγκρισης από τον δικηγόρο.
15. 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 (Αναζητείται αυτεπάγγελτα από την Υπηρεσία μας με την κατάθεση φωτοτυπίας αστυνομικής ταυτότητας εν ισχύει).
16. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος.
17. 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.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΠΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Όταν η βεβαίωση λειτουργίας χορηγείται σε **νομικό πρόσωπο** ή σε **αστικό ιατρικό συνεταιρισμό**, την αναγγελία έναρξης λειτουργίας υποβάλλει ο νόμιμος εκπρόσωπος ή εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός του. Στην περίπτωση αυτή εκτός των ανωτέρω δικαιολογητικών υποβάλλονται και τα εξής:

1. Βεβαίωση του ιατρικού ή οδοντιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων ιατρών του ιδιωτικού πολυϊατρείου στην περίπτωση που δεν είναι μέλη του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας.
2. Καταστατικό του νομικού προσώπου ή του αστικού ιατρικού συνεταιρισμού.
3. Ονομαστική κατάσταση του επιστημονικού προσωπικού και υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου ότι σε περίπτωση διακοπής της εργασιακής σχέσης, θα γνωστοποιείται το όνομα του αντικαταστάτη εντός δέκα πέντε (15) ημερών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

Ν.Π.Δ.Δ.
MEDICAL ASSOCIATION OF AGRINIO
ΗΛΙΑ ΗΛΙΟΥ 5 • 30131 ΑΓΡΙΝΙΟ • ΤΗΛ:2641032317
www.isagrinio.gr • info@isagrinio.gr

- Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 των επιστημονικά υπευθύνων και των ιατρών εταίρων ή μετόχων ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος.
- Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86, με θεωρημένο από αρμόδια αρχή το γνήσιο της υπογραφής, των επιστημονικά υπευθύνων ιατρών στην οποία θα δηλώνονται: α) ότι αναλαμβάνει την επιστημονική υπευθυνότητα του συγκεκριμένου ιατρείου β) ότι δεν εργάζεται στο Ε.Σ.Υ. (με οποιαδήποτε εργασιακή σχέση) γ) ότι δεν κατέχει οργανική θέση σε οποιαδήποτε δημόσια υπηρεσία δ) ότι δεν είναι Πανεπιστημιακός ιατρός ε) ότι θα παρευρίσκεται στο εν λόγω ιατρείο καθ' όλη τη διάρκεια της λειτουργίας του ή κατά τις ώρες από έως, στ) δεν κατέχει πάνω από δύο επιστημονικές υπευθυνότητες.
- Σε περίπτωση Ανώνυμης Εταιρείας, ονομαστικός κατάλογος των μετόχων.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΣΤΕΓΑΣΗΣ

- Στις περιπτώσεις της απλής συστέγασης, οι δικαιούχοι υποβάλλουν την αναγγελία έναρξης από κοινού και εκτός των ανωτέρω δικαιολογητικών υποβάλλουν 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.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

- Το Πολυϊατρείο πρέπει να πληροί τις λειτουργικές και κατασκευαστικές απαιτήσεις όλων των Εξεταστικών Μονάδων που το αποτελούν, όπως αναφέρονται στη νομοθεσία
- Οι κύριοι διάδρομοι κυκλοφορίας θα έχουν ελεύθερο πλάτος 1.10 μέτρα.
- Τα Ιατρεία Παιδιατρικό, Ψυχιατρικό και Δερματολογικό αφροδισιολογικό πρέπει να διαθέτουν ιδιαίτερη αναμονή τουλάχιστον 5τμ.

ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΟ – ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΤΡΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ – ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΑ σύμφωνα με το [ΦΕΚ 2302-2014 τ β](#)

Οι κάτοχοι παλαιών αδειών (είτε ιατροί είτε ιατρικές εταιρείες) υποχρεούνται να τις προσκομίσουν