



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ
(Ν. Π. Δ. Δ.)

Διεύθυνση: Βότση 42, Τ.Κ.262 21 ΠΑΤΡΑ

Τηλέφωνα: 2610278866, 2610277553, Fax: 2610275609

<http://www.ispatras.gr> & e-mail: ispatras@yahoo.gr

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Π.Φ.Υ. ΑΠΛΟΥ (ΙΑΤΡΕΙΟΥ) Ή ΚΟΙΝΟΥ Ή ΣΥΣΤΕΓΑΣΜΕΝΟΥ
(Υπουργική Απόφαση: Υ3β/Γ.Π./οικ.24948/13-3-2012 (ΦΕΚ713/2012 τ.Β΄) όπως ισχύει.)

Η αναγγελία έναρξης (χορηγείται από την Υπηρεσία μας) πρέπει να συνοδεύεται από τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

1. 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.
2. Συμβόλαιο αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, στο οποίο θα στεγάζεται το εν λόγω ιατρείο.
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. Διάγραμμα κάτοψης του διατιθεμένου 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**, όπως απαιτείται από το παράρτημα Α) καθώς και ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους αποκλειστικής χρήσης. (Σε περίπτωση μηχανημάτων να αποτυπώνονται με τις διαστάσεις τους).
5. 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.
6. Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του ιατρείου ή οδοντιατρείου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του Π/Δ 84/2001.
7. Υποβολή επίσημων 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 ή οδοντιατρικό 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. Βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος από αρμόδια Δ.Ο.Υ. με επαγγελματική έδρα αυτή του προς αδειοδότηση ιατρείου.
11. 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 επικυρωμένης φωτοτυπίας αστυνομικής ταυτότητας εν ισχύει).**

- 12.Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος.
- 13.Πιστοποιητικό καταλληλότητας ακτινολογικού εξοπλισμού από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (Ε.Ε.Α.Ε.) σύμφωνα με τις ισχύουσες κείμενες διατάξεις.
- 14.**Οι Πανεπιστημιακοί γιατροί, που θέλουν** να λειτουργήσουν ιδιωτικό ιατρείο, εκτός των υπολοίπων δικαιολογητικών, θα πρέπει να προσκομίζουν και τις παρακάτω βεβαιώσεις :**α) Βεβαίωση από την Διοίκηση του Νοσοκομείου** όπου υπηρετούν, ότι συμμετέχουν στην ολόημερη, πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του Νοσοκομείου τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα εκτός των ημερών εφημερίας (Ν.4025/11, άρθρο 30, παρ.2) 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’).

Παρατηρήσεις:

1. Σε περίπτωση χρήσης επιστημονικού εξοπλισμού, ο χώρος του Ιατρείου προσαυξάνεται ανάλογα με τις λειτουργικές απαιτήσεις του κατασκευαστικού οίκου του αντίστοιχου μηχανήματος,
2. Σε κάθε ιατρείο πρέπει να υπάρχει σφραγιζόμενο δοχείο μολυσματικών απορριμάτων.

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. Στην περίπτωση αυτή εκτός των ανωτέρω δικαιολογητικών υποβάλλονται και τα εξής:

1. Βεβαίωση του ιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων ιατρών στην περίπτωση που δεν είναι μέλος 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.
4. 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.
5. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86, με θεωρημένο από αρμόδια αρχή το γνήσιο της υπογραφής, του επιστημονικά υπεύθυνου ιατρού 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.
6. Σε περίπτωση Ανώνυμης Εταιρείας, ονομαστικός κατάλογος των μετόχων.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΟΙΝΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ:

Είναι δυνατή η χορήγηση μίας (κοινής) βεβαίωσης λειτουργίας σε δύο ή περισσότερους ιατρούς ΤΗΣ ΙΔΙΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ, στην περίπτωση που χρησιμοποιούν τον ίδιο χώρο και τον ίδιο εξοπλισμό αλλά σε καθορισμένους διαφορετικούς χρόνους υποδοχής των ασθενών.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΣΤΕΓΑΣΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ:

Απλή συστέγαση στον ίδιο χώρο, χωρίς εταιρική σχέση, με αυτοτελείς βεβαιώσεις λειτουργίας, δύο (2) ή περισσότερων ιατρών ή ιατρών και οδοντιάτρων επιτρέπεται με την προϋπόθεση ότι το σύνολο των

διατεθειμένων χώρων κύριας χρήσης επαρκεί για τη χορήγηση αυτοτελών βεβαιώσεων λειτουργίας, ιατρείων, διαρρυθμισμένων και εξοπλισμένων σύμφωνα με τα παραρτήματα Α και Β του Π.Δ. 84/2001.

- **Στις περιπτώσεις του κοινού ιατρείου ή 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.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΟΨΗ

ΙΑΤΡΕΙΟ – ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΤΡΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ – ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΑ

ΙΑΤΡΕΙΟ:
ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΤΡΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

A/A	ΧΩΡΟΙ	ΕΠΙΦ. ΧΩΡΟΥ Μ2	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ (Μ)	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1.	Ιατρείο	10.00		Χ.Κ.Χ. Χώρος ενιαίος ή διαχωρισμένος σε γραφείο γιατρού και εξεταστήριο που επικοινωνούν άμεσα
	-Γραφείο Ιατρού		2.80	
	-Εξεταστήριο		2.00	
2	Χώρος αναμονής	8.00	2.50	Χ.Κ.Χ. Μπορεί να περιλαμβάνεται και γραμματεία
3	W.C.	1.50	0.90	

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Χ.Κ.Χ. = Χώρος Κύριας Χρήσης σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις του Κτιριοδομικού Κανονισμού.

ΙΑΤΡΕΙΟ – ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΤΡΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ – ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ (ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ)

A/A	ΧΩΡΟΙ	ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ (m ²)	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ (m)
1	Ιατρείο -Γραφείο ιατρού	E1= 3,20*5,10 = 16,32 m ² > 10,00 m ²	3,20 > 2,50
2	Εξεταστήριο 1	E2 = 3,45*3,10 = 10,70 m ²	3,10 > 2,00
3	WC 1	E3 = 1.70*2.90 = 4.93 m ² > 1,50 m ²	1,70 > 0.90
4	Γραφείο Εξεταστήριο 2	E4 = (3,25*3,90)+(1,25*4,35)+(1,90*3,25)= 12,67+5,44+6,17=24,28 m ²	3,25 > 2.50
5	Χώρος αναμονής	E5 = (8,35*2,85)+(6,65*1,45)= 23,80+9,64=33,45 m ² > 8,00 m ²	2,85 > 2,50
6	WC 2	E6 = 1,55*1,40 = 2,17 m ² > 1,50 m ²	1,40 > 0,90

ΔΗΛΩΣΗ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ (υπόδειγμα)

«Ο υπογράφων, Πολιτικός Μηχανικός ή Αρχιτέκτονας Μηχανικός, δηλώνω υπεύθυνα ότι πληρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές του ιατρείου του κ.

..... επί της οδού και στον όροφο:..... (ελάχιστες διαστάσεις των χώρων και ελάχιστες επιφάνειες σε τετραγωνικά μέτρα) όπως αυτές ορίζονται στην Υ.Α. υπ' αρ.: Γ.Π./οικ.72218 «Τροποποίηση του παραρτήματος Α και Β του Π.Δ. 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α' 2001) «Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Π.Φ.Υ.» (ΦΕΚ 2302/2014 τβ). Το ιατρείο είναι χώρος κύριας χρήσης σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις του Κτιριοδομικού Κανονισμού και νομίμως υφιστάμενος σύμφωνα με την κείμενη Πολεοδομική Νομοθεσία. Οι φορέας λειτουργεί υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους αποκλειστικής χρήσης. Στο Ο.Τ. στο οποίο ευρίσκεται το εν λόγω ιατρείο και το οποίο εμπίπτει στο παλαιό σχέδιο πόλεως των Πατρών, σύμφωνα με το υπ' αρ. έγγραφο της Δ/σης Πολεοδομικού – Κυκλοφοριακού Σχεδιασμού & Δόμησης του Δήμου Πατρέων, βεβαιώνεται ότι στη συγκεκριμένη θέση επιτρέπεται η εγκατάσταση & λειτουργία «ιατρείου» ως προβλεπόμενη.

Πάτρα,

Ο ΔΗΛΩΝ (υπογραφή & σφραγίδα)»