

Δικαιολογητικά για τη λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου και ιδιωτικού ιατρείου που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου

1. Για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου απαιτείται αίτηση των δικαιούχων. Στις περιπτώσεις της κοινής άδειας λειτουργίας ή απλής συστέγασης, οι δικαιούχοι υποβάλλουν την αίτηση 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. Σε περίπτωση συστέγασης Διαγνωστικού Εργαστηρίου με ιατρείο κλινικής ή χειρουργικής ειδικότητας απαραίτητη προϋπόθεση είναι το Εργαστήριο να έχει ήδη εκδώσει άδεια λειτουργίας από την Περιφέρεια.

2. Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από τα ακόλουθα δικαιολογητικά :

α. Επικυρωμένο αντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, τίτλου ειδικότητας (εφόσον υπάρχει) των επιστημονικά υπευθύνων και βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο.

β. Συμβόλαιο αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, στο οποίο θα στεγάζεται το εν λόγω ιατρείο. Όσον αφορά το συμφωνητικό μίσθωσης ή παραχώρησης απαιτείται μόνο το αντίγραφο της υποβληθείσας δήλωσης στοιχείων μίσθωσης από το taxis.

γ. 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 γης).

δ. Κανονισμό συνιδιοκτησίας σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία, από όπου προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η χρήση του χώρου για τη λειτουργία του φορέα. Ελλείψει κανονισμού, υπεύθυνη δήλωση του ενδιαφερόμενου όπου θα δηλώνεται ότι δεν υπάρχει κανονισμός στην πολυκατοικία και βάσει των συνεπειών του με αριθμό 3.ν.3741/1929 δεν θα διαταράσσεται η μεσημβρινή ή νυκτερινή ανάπαυση των ενοίκων και δεν θα συσσωρεύονται ασθενείς στους διαδρόμους και στους λοιπούς κοινόχρηστους χώρους της οικοδομής.

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 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.

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

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

ζ. Υποβολή επισήμων αντιγράφων 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.

θ. Απόδειξη Ιατρικού συλλόγου στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των διακοσίων (200) ευρώ. Το ποσό αυτό μπορεί να αναπροσαρμόζεται μετά την πάροδο διετίας με απόφαση του Δ.Σ του οικείου Συλλόγου. Σε περίπτωση που ο Ιατρικός Σύλλογος δεν αποφανθεί επί της αιτήσεως εντός μηνός από την υποβολή όλων των δικαιολογητικών, υποχρεούται να αποδώσει το ποσό αυτό στην περιφέρεια, με τη διαβίβαση του σχετικού φακέλου.

ι. Πιστοποιητικό καταλληλότητας ακτινολογικού εξοπλισμού από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (Ε.Ε.Α.Ε.) σύμφωνα με τις ισχύουσες κείμενες διατάξεις.

ια. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 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 ότι:

α) «δεν έχω καταδικαστεί για καμιά αξιόπονη πράξη ή για πράξη που έχει σχέση με τη άσκηση της επαγγελματικής μου ιδιότητας».

β) σε αντίθετη περίπτωση «έχω καταδικαστεί για τις εξής αξιόποινες πράξεις».

ιβ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος.

ιγ. . Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 του δικαιούχου ότι το σύνολο των κατατεθειμένων δικαιολογητικών είναι αληθές και σύμφωνο με όσα ορίζονται στις διατάξεις της Υ.Α. με αριθμ. Υ3β/Γ.Π./ οικ.24948/ΦΕΚ 713/13-3-2012 και ότι παραμένει στη διάθεση της Επιτροπής Ελέγχου ιατρείων και πολυιατρείων του Ι.Σ.Θ. σε περίπτωση ελέγχου.

3.Όταν η άδεια 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.

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 του επιστημονικά υπευθύνου και των ιατρών εταίρων ή μετόχων ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος.

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

στ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 του νομίμου εκπροσώπου, ότι το σύνολο των κατατεθειμένων δικαιολογητικών είναι αληθές και σύμφωνο με όσα ορίζονται στις διατάξεις της Υ.Α. με αριθμ. Υ3β/Γ.Π./ οικ.24948/ΦΕΚ 713/13-3-2012 και ότι παραμένει στη διάθεση της Επιτροπής Ελέγχου Ιατρείων και Πολυιατρείων του Ι.Σ.Θ. σε περίπτωση ελέγχου.

4.Όταν η αίτηση για άδεια λειτουργίας ιατρείου υποβάλλεται από Πανεπιστημιακό Ιατρό ή όταν ο Πανεπιστημιακός είναι μέλος ή ένα εκ των μελών του νομικού προσώπου ή του αστικού ιατρικού συνεταιρισμού εκτός των υπολοίπων δικαιολογητικών, θα πρέπει να προσκομίζει και τις παρακάτω βεβαιώσεις:

α) Βεβαίωση από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου όπου υπηρετεί, ότι συμμετέχει στην ολόημερη, πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του Νοσοκομείου τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα εκτός των ημερών εφημερίας (Ν.4025/11, άρθρο 30 παρ.2) και,

β) Βεβαίωση του Κοσμήτορα της Σχολής στην οποία ανήκει, ότι είναι ενήμερος για την άσκηση ελευθέρου επαγγέλματος (Ν.4009/11 Άρθρο 23 παρ.θ').

5.Οι κάτοχοι παλαιών αδειών (είτε Ιατροί είτε Ιατρικές Εταιρείες) υποχρεούνται να τις προσκομίσουν