

Δικαιολογητικά για τη λειτουργία πολυϊατρείου και πολυϊατρείου που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου.

Για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας πολυϊατρείου, απαιτείται αίτηση των δικαιούχων όπως ορίζεται στο άρθρο 3 ή του νομίμου εκπροσώπου σε περίπτωση νομικού προσώπου.

Στις περιπτώσεις της απλής συστέγασης της παραγράφου 1, υποπαράγραφος (ε) του άρθρου 4 του ΠΔ.84/2001, οι δικαιούχοι υποβάλλουν την αίτηση από κοινού, 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.

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

α. Βεβαίωση του ιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης της ειδικότητας για τον δικαιούχο ιατρό ή τους επιστημονικά υπευθύνους ιατρούς του Νομικού Προσώπου.

β. 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).

γ. 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.

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

ε. Συμβόλαιο αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, όπου θα στεγάζεται ο εν λόγω φορέας. Όσον αφορά το συμφωνητικό μίσθωσης ή παραχώρησης απαιτείται μόνο το αντίγραφο της υποβληθείσας δήλωσης στοιχείων μίσθωσης από το taxis.

στ. 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 ΠΔ 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.

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

ζ. 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.

η. Πιστοποιητικό πυρασφάλειας.

θ. Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του εργαστηρίου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του ΠΔ 84/2001.

ι. Υποβολή επίσημων αντιγράφων των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού.

ια. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία.

ιβ. Απόδειξη Ιατρικού συλλόγου, στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των τετρακοσίων (400) ευρώ. Η πληρωμή του παραβόλου πραγματοποιείται και μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος easypay: <https://www.easypay.gr/ISTH.pay>

ιγ. 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 αξιόποινη 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».

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

ιε. . 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 Ιατρικών και Πολυιατρείων του Ι.Σ.Θ. σε περίπτωση ελέγχου.

2. 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.

3. Για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας ιδιωτικού πολυϊατρείου, που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου ή αστικού ιατρικού συνεταιρισμού, εκτός των δικαιολογητικών των περιπτώσεων (β) έως και (ιγ) της ανωτέρω παραγράφου, απαιτείται επιπλέον:

α. Βεβαίωση του ιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων ιατρών του ιδιωτικού πολυϊατρείου.

β. Καταστατικό του νομικού προσώπου ή του αστικού ιατρικού συνεταιρισμού. Το καταστατικό πρέπει να κατατεθεί προς έγκριση από το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης πριν από την κατάθεση του φακέλου της εταιρείας.

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 των επιστημονικά υπευθύνων 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.

4.Όταν η αίτηση για άδεια λειτουργίας πολυιατρείου αφορά και Πανεπιστημιακό ιατρό ή όταν ο Πανεπιστημιακός είναι το μοναδικό 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