

Δικαιολογητικά για τη λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου Μελών Ειδικού Μητρώου ΙΣΠ

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, **ΜΟΝΟ** 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, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, στο οποίο θα στεγάζεται το εν λόγω ιατρείο.

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. 1) 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** (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.

2) Οι φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αυτοί ορίζονται στο π.δ. 84/2001, πρέπει να έχουν επαρκή αερισμό και φωτισμό για την καλή λειτουργία τους, που πιστοποιείται με **υπεύθυνη δήλωση διπλωματούχου μηχανικού**. Είναι δυνατή η χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας στους ως άνω φορείς, όταν υφίσταται παρέκκλιση έως είκοσι τοις εκατό (20%) στα μετρικά στοιχεία, όπως αυτά ορίζονται στα παραρτήματα Α' και Β' του π.δ. 84/2001.

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** 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** στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των χιλίων πεντακοσίων ευρώ (**1.500,00€**).

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 ΙΣΠ θα ζητά αυτεπάγγελα μόνο για τα μέλη του το απόσπασμα ποινικού μητρώου από τις αρμόδιες αρχές**)

κ. 1)Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν του απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος και η πινακίδα που θα αναρτηθεί στο ιατρείο του θα είναι σύμφωνη με το Νόμο 3418/2005 Άρθρο 17 Παρ. 3 και 4 για να εγκριθεί από τον Ι.Σ. Πρέβεζας.

2) Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου με το ωράριο λειτουργίας του ιατρείου.

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 (ι) 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.

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.

ζ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του αντικαταστάτη, σε περίπτωση απουσίας του επιστημονικά υπευθύνου.

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

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΟΙΝΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ:

Είναι δυνατή η χορήγηση μίας (κοινής) βεβαίωσης λειτουργίας σε δύο ή περισσότερους ιατρούς ΕΩΣ ΚΑΙ ΠΕΝΤΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ, στην περίπτωση που χρησιμοποιούν τον ίδιο χώρο αλλά σε καθορισμένους διαφορετικούς χρόνους υποδοχής των ασθενών. – Ο ειδικός εξοπλισμός που χρησιμοποιεί η κάθε ειδικότητα τοποθετείται σε διακριτό χώρο

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.

Διευκρινίζεται ότι:

1. Εάν ο φάκελος δεν είναι πλήρης δεν θα χορηγείται βεβαίωση αναγγελίας ιατρείου
2. Η θεώρηση των νομίμων 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.