



Δικαιολογητικά για τη λειτουργία πολυϊατρείου

1. Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας πολυϊατρείου, απαιτείται αναγγελία έναρξης λειτουργίας των δικαιούχων 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 αναγγελία έναρξης λειτουργίας 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.

2. Για τη χορήγηση της βεβαίωσης της αναγγελίας έναρξης πρέπει να υποβληθεί φάκελος με 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 **ΜΟΝΟ** στην περίπτωση **που ο δικαιούχος ή οι επιστημονικά υπεύθυνοι δεν είναι μέλη του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτούνται τη βεβαίωση λειτουργίας**

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.

γ. Κανονισμό συνιδιοκτησίας **σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία**, από όπου προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η χρήση του χώρου για τη λειτουργία του φορέα.

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.

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 Π.Δ. 84/2001 (ΧΚΧ, ή ΧΚΧ*, ή ΧΧ**) και το ΦΕΚ**



2302/2014 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 Π.Δ. 84/2001 και το ΦΕΚ 2302/2014

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 ή οδοντιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία.

ιβ. Απόδειξη Ιατρικού, στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των τετρακοσίων (400) ευρώ.

ιγ. **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.

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

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.

Για τη χορήγηση βεβαίωσης 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 ή οδοντιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων ιατρών του ιδιωτικού



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

Σπ. Σπυρίδη 33 – 39 Τ.Κ. 382 21 Βόλος
Τηλ. 24210-25297 fax 24210-25928 e-mail:info@ismagnesia.gr

πολυϊατρείου στην περίπτωση που δεν είναι μέλη 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 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.

Διευκρινίζεται ότι εάν ο φάκελος δεν είναι πλήρης δεν θα χορηγείται βεβαίωση αναγγελίας του φορέα.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

Σπ. Σπυρίδη 33 – 39 Τ.Κ. 382 21 Βόλος
Τηλ. 24210-25297 fax 24210-25928 e-mail:info@ismagnesia.gr