



Άρθρο 5

Δικαιολογητικά για τη λειτουργία **πολυϊατρείου**

Για τη χορήγηση βεβαίωσης άδειας 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.

Η αναγγελία έναρξης λειτουργίας πρέπει να συνοδεύεται από τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- 1. Βεβαίωση** του ιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης της ειδικότητας για τον δικαιούχο ιατρό ή τους επιστημονικά υπευθύνους ιατρούς του Νομικού Προσώπου στην περίπτωση που ο δικαιούχος ή οι επιστημονικά υπεύθυνοι δεν είναι μέλη του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτούνται τη βεβαίωση λειτουργίας.
- 2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86** του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού επαγγέλματος.
- 3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86** στην οποία να αναγράφεται **κατάλογος όλων των μηχανημάτων** που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του ιατρείου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του ΠΔ 84/2001 όπως αυτό τροποποιήθηκε από την υπουργική απόφαση Αριθμ. Γ.Π./οικ.72218 – ΦΕΚ Β 2302 – 27.08.2014. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν μηχανήματα μία σχετική Υ.Δ. (η ανωτέρω ΥΔ σας δίνεται από τον ΙΣΡ)
- 4. Υποβολή** επίσημων αντιγράφων των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού.
- 5. Πιστοποιητικό σήμανσης CE** για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία.
- 6. Απόσπασμα ποινικού μητρώου** του αιτούντος και του επιστημονικά υπευθύνου. Σε περίπτωση Νομικού Προσώπου ή αστικού ιατρικού συνεταιρισμού, απόσπασμα ποινικού μητρώου του διαχειριστή ή του νομίμου εκπροσώπου ή των μελών του Δ.Σ. (σε περίπτωση ανωνύμου εταιρείας) και του επιστημονικά υπευθύνου. (ζητείται αυτεπάγγελτα από τον ΙΣΡ -απαιτείται φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας)
- 7. Απόδειξη Ιατρικού Συλλόγου** 400 ευρώ.
- 8. Συμβόλαιο** αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, όπου θα στεγάζεται ο εν λόγω φορέας.

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

10. 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 **α)** οι χρησιμοποιούμενοι χώροι είναι κύριας χρήσης **β)** ότι πληρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές όπως αυτές ορίζονται στο παράρτημα Α του ΠΔ 84/2001 (ΧΚΧ, ή ΧΚΧ*, ή ΧΧ**) και όπως αυτό τροποποιήθηκε από την υπουργική απόφαση Αριθμ. Γ.Π./οικ.72218 – ΦΕΚ Β 2302 – 27.08.2014., **γ)** ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους αποκλειστικής χρήσης.

11. Βεβαίωση 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.

12. 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.

13. Πιστοποιητικό καταλληλότητας ακτινολογικού εξοπλισμού (εφόσον πρόκειται για ακτινολογικό ιατρείο από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (Ε.Ε.Α.Ε.) σύμφωνα με τις ισχύουσες κείμενες διατάξεις.

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.

14. Πιστοποιητικό πυρασφάλειας.

Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας ιδιωτικού πολυϊατρείου που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου ή αστικού ιατρικού συνεταιρισμού,

εκτός των δικαιολογητικών των περιπτώσεων (3) έως και (14) της ανωτέρω παραγράφου, απαιτούνται επιπλέον:

15. Βεβαίωση του ιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων ιατρών του ιδιωτικού πολυϊατρείου στην περίπτωση που δεν είναι μέλη του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας.

16. Καταστατικό του νομικού προσώπου ή του αστικού ιατρικού συνεταιρισμού.

17. 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.

18. 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.

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

Για τον
Ιατρικό Σύλλογο Ρόδου

Ο Πρόεδρος

Χρήστος Απ. Μαντάς

Ο Γενικός Γραμματέας

Ηλίας Ιωάν. Τσέρκης