

3. Όμοιες βεβαιώσεις απαιτούνται και σε περίπτωση μεταστέγασης, επέκτασης ή μείωσης του αντικειμένου των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. των προηγούμενων παραγράφων.

Άρθρο 3 Δικαιούχοι

1. Βεβαίωση λειτουργίας ιατρείου, πολυϊατρείου, οδοντιατρείου και πολυοδοντιατρείου χορηγείται:

α. Σε φυσικά πρόσωπα, που διαθέτουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος ή βεβαίωση αναγγελίας ασκήσεως του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.

β. Σε φυσικά πρόσωπα με την προϋπόθεση ότι για τη λειτουργία του ιατρείου, πολυϊατρείου, οδοντιατρείου και πολυοδοντιατρείου ορίζεται επιστημονικά υπεύθυνος για κάθε παροχή υπηρεσίας ιατρός ή οδοντίατρος κάτοχος άδειας ασκήσεως ή βεβαίωσης αναγγελίας ασκήσεως επαγγέλματος.

γ. Σε νομικά πρόσωπα, που συνιστώνται και λειτουργούν σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

δ. Σε αστικούς συνεταιρισμούς ελευθέρων επαγγελματιών ιατρών εργαστηριακής διάγνωσης, βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογικής ανατομίας για την κάλυψη των αναγκών των μελών τους

ε. Είναι δυνατή η χορήγηση μίας (κοινής) βεβαίωσης λειτουργίας σε δύο ή περισσότερους ιατρούς ή οδοντίατρος, στην περίπτωση που χρησιμοποιούν τον ίδιο χώρο και τον ίδιο εξοπλισμό αλλά σε καθορισμένους διαφορετικούς χρόνους υποδοχής των ασθενών.

ζ. Απλή συστέγαση στον ίδιο χώρο, χωρίς εταιρική σχέση, με αυτοτελείς βεβαιώσεις λειτουργίας, δύο (2) ή περισσότερων ιατρών ή οδοντιάτρων ή ιατρών και οδοντιάτρων επιτρέπεται με την προϋπόθεση ότι το σύνολο των διατεθειμένων χώρων κύριας χρήσης επαρκεί για τη χορήγηση αυτοτελών βεβαιώσεων λειτουργίας, ιατρείων, ή οδοντιατρείων, διαρρυθμισμένων και εξοπλισμένων σύμφωνα με τα παραρτήματα Α και Β του Π.Δ. 84/2001.

2. Βεβαιώσεις λειτουργίας φορέων Π.Φ.Υ. δεν χορηγούνται σε όσους έχουν καταδικαστεί για ποινικό αδίκημα που συνεπάγεται ανικανότητα κτήσης της δημοσιούπαλληλικής ιδιότητας ή για παράβαση της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά.

Άρθρο 4

Δικαιολογητικά για τη λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου - οδοντιατρείου

1. Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου και οδοντιατρείου απαιτείται αναγγελία έναρξης λειτουργίας των δικαιούχων όπως ορίζεται στο άρθρο 3 της παρούσης. 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. Η αναγγελία έναρξης πρέπει να συνοδεύεται από τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

α. Επικυρωμένο αντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση αναγγελίας ασκήσεως του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος,

τίτλου ειδικότητας (εφόσον υπάρχει) των επιστημονικά υπευθύνων και βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό ή Οδοντιατρικό Σύλλογο, 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, ή οδοντιατρείο.

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.

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

ε. Διάγραμμα κάτοψης του διατεθειμένου χώρου κλίμακας 1/50, σε δύο αντίγραφα με ης 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.

στ. Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του ιατρείου ή οδοντιατρείου, 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 ή οδοντιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία.

θ. Απόδειξη Ιατρικού ή Οδοντιατρικού 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 ή Οδοντιατρικός 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. 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.

ιβ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν τους απαγο-

15Φ

15Φ

ρεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.

3. 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 (ια) της ανωτέρω παραγράφου, υποβάλλονται και τα εξής:

α. Βεβαίωση του ιατρικού ή οδοντιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων του ιατρείου ή οδοντιατρείου ιατρών και οδοντιάτρων 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 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 ή οδοντιάτρων εταίρων ή μετόχων ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.

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

Άρθρο 5

Δικαιολογητικά για τη λειτουργία πολυϊατρείου και πολυοδοντιατρείου.

Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας πολυϊατρείου και πολυοδοντιατρείου, απαιτείται αναγγελία έναρξης λειτουργίας των δικαιούχων όπως ορίζεται στο άρθρο 3 ή του νομίμου εκπροσώπου σε περίπτωση νομικού προσώπου.

Στις περιπτώσεις της απλής συστέγασης της παραγράφου 1, υποπαραγράφος (ε) του άρθρου 4 του Π.Δ. 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.

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

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

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**), καθώς και ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους αποκλειστικής χρήσης.

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.

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 ή Οδοντιατρικού συλλόγου, στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των τετρακοσίων (400) ευρώ. Το ποσό αυτό μπορεί να αναπροσαρμόζεται μετά την πάροδο διετίας με απόφαση του Δ.Σ. του οικείου Συλλόγου. Σε περίπτωση που ο Ιατρικός ή Οδοντιατρικός Σύλλογος δεν αποφανθεί επί της αιτήσεως εντός μηνός από την υποβολή όλων των δικαιολογητικών, υποχρεούται να αποδώσει το ποσό αυτό στην περιφέρεια, με την διαβίβαση του σχετικού φακέλου.

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 ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.

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 βεβαίωσης λειτουργίας ιδιωτικού πολυϊατρείου και πολυοδοντιατρείου, που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου ή αστικού ιατρικού συνεταιρισμού, εκτός των δικαιολογητικών των περι-

