



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ Β'**

Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 17  
Ταχ. Κώδικας : 101 87  
Τηλέφωνο: 210-5232821 εσωτ.251  
Fax: 210-5230577  
E-mail : pfy@yyka.gov.gr

**ΕΠΕΙΓΟΝ**

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

Αθήνα 4-11-2011  
Αριθ. Πρωτ.: Υ3β/Γ.Π./οικ.120760

**ΠΡΟΣ:** Περιφέρειες της Χώρας.  
Έδρες τους.

**ΘΕΜΑ:** «Εφαρμογή του Ν.3919/2011(ΦΕΚ Α'32)»

**ΣΚΟΠΟΣ**

Με την παρούσα εγκύκλιο παρέχονται οδηγίες σχετικά με την εφαρμογή των διατάξεων του ν.3919/2011 (ΦΕΚ Α' 32), με στόχο την ομοιόμορφη αντιμετώπιση από την Υπηρεσία σας, της διαδικασίας λειτουργίας ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (π.χ οπτικών καταστημάτων, εργαστηρίων, ιατρείων, μονάδων, διαγνωστικών κέντρων, κτλ) που υπάγονται στην αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

**ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ - ΟΡΙΣΜΟΙ**

1. Στην παράγραφο 1 του άρθρου 2 του ν. 3919/2011 προβλέπεται η κατάργηση περιορισμών που υπάρχουν στην ισχύουσα νομοθεσία, οι οποίοι αφορούν στην πρόσβαση και την άσκηση επαγγελμάτων. Ως τέτοιοι περιορισμοί νοούνται αυτοί που διαλαμβάνονται στην παράγραφο 2 του άρθρου 2 του παραπάνω νόμου.
2. Σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 3 του ιδίου νόμου, παύει να ισχύει η απαίτηση προηγούμενης διοικητικής άδειας για τη λειτουργία των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.  
Μετά την έναρξη εφαρμογής των παραπάνω, ο ενδιαφερόμενος θα λειτουργεί τον ιδιωτικό φορέα ελεύθερα μετά πάροδο τριμήνου από την αναγγελία έναρξής του, συνοδευόμενη από τα νόμιμα δικαιολογητικά για τη πιστοποίηση της συνδρομής των νόμιμων προϋποθέσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Η αρμόδια Διοικητική Αρχή, μπορεί εντός τριών (3) μηνών από την αναγγελία έναρξης του ιδιωτικού φορέα να απαγορεύσει τη λειτουργία τους, στην περίπτωση που δεν συγκεντρώνονται οι νόμιμες προϋποθέσεις ή δεν προκύπτει η συνδρομή τους από τα υποβληθέντα στοιχεία.
3. Η εφαρμογή αυτών των ρυθμίσεων αρχίζει μετά την πάροδο τεσσάρων (4) μηνών από τη δημοσίευσή του, δηλαδή την 02-07-2011.

**ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΚΑΤΑΡΓΟΥΝΤΑΙ**

Στον πίνακα που ακολουθεί περιλαμβάνονται οι περιορισμοί που καταργούνται για τη λειτουργία ιδιωτικών φορέων, αρμοδιότητας της Διεύθυνσης ΠΦΥ σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2 και 3 του ν. 3919/2011.

| <b>A/A</b> | <b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</b>                                                           | <b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΠΡΟΣΚΡΟΥΟΥΝ<br/>ΣΤΟ Ν. 3919/2011</b> (οι μικρές παρενθέσεις αναφέρονται<br>στους συγκεκριμένους περιορισμούς ,βλ. υποσημείωση)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.         | Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας εργαστηρίων αισθητικής.                      | <p><b>α) Ν.Δ. 361/1969 (ΦΕΚ 244 τ.Α΄)</b><br/> <b>Άρθρο 7</b><br/> Απαγόρευση πώλησης ιδιοσκευασμάτων, τριχοβαφών και λοιπών σκευασμάτων που περιέχουν δηλητηριώδεις ουσίες.(2στ)</p> <p><b>β) Αριθμ. Α5/2005/1999 Υ.Α. (ΦΕΚ 749 τ. Β΄)</b><br/> <b>Άρθρο 5 παρ.2</b><br/> Απαγορεύεται η σύσταση εταιρικού σχήματος πλην αυτού που συστήνεται μεταξύ αισθητικών (2ζ), (2η)</p>                                                                                        |
| 2.         | Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας μονάδων αδυνατίσματος-διαιτολογικών μονάδων. | <p><b>Οικ.3215/1998 Υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 655 τ. Β΄)</b></p> <p><b>α) Άρθρα 2, 3, 4, 5</b><br/> Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας μονάδων αδυνατίσματος-διαιτολογικών μονάδων σύμφωνα με την οικ. 3215/1998 Υ.Α και όπου αλλού αναφέρεται. (3)</p>                                                                                                                                                                                                                        |
| 3.         | Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας οδοντοτεχνικών εργαστηρίων.                  | <p><b>Ν.1666/1986 (ΦΕΚ 200τ.Α΄)</b><br/> <b>Άρθρο 4</b><br/> α) Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας οδοντοτεχνικού εργαστηρίου χορηγείται μόνο σε όσους έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος οδοντοτεχνίτη. (2ζ), (3)</p> <p>β) Την ευθύνη λειτουργίας του εργαστηρίου έχει ο οδοντοτεχνίτης στο όνομα του οποίου εκδίδεται η σχετική άδεια. (2ζ)</p> <p>γ) Εταιρείες οδοντοτεχνικών εργαστηρίων μπορούν να συσταθούν μόνο μεταξύ οδοντοτεχνιτών ή μεταξύ οδοντοτεχνιτών και</p> |

|    |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                            | συγγενών πρώτου βαθμού. (2ζ), (2η)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4. | Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας καταστημάτων οπτικών ειδών και τμήματος φακών επαφής.        | <p><b>Ν.3661/2008 (ΦΕΚ 89 τ.Α΄)</b><br/> <b>α) Άρθρο 14 παρ.5</b><br/> «Η διάθεση ομματουαλίων διορθωτικών των διαθλαστικών ανωμαλιών των οφθαλμών .....και γενικά όλων των συναφών τα την όραση ειδών , γίνεται αποκλειστικά από τα καταστήματα οπτικών ειδών». (2στ)</p> <p><b>β) Άρθρο 14 παρ. 1.2, 1.6, 1.7.</b><br/> Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας καταστήματος οπτικών ειδών σύμφωνα με το άρθρο 14 του Ν.3661/2008 και όπου αλλού αναφέρεται.(3)</p>                                                                                                                                                                          |
| 5. | Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας εργαστηρίων φυσικοθεραπείας.                                 | <p><b>Π.Δ. 29/1987 (ΦΕΚ 8 τ.Α΄)</b><br/> <b>Άρθρο 4</b><br/> α) Απαγορεύεται το Εργαστήριο Φυσικοθεραπείας να λειτουργεί με επωνυμία κοινή με άλλες επιχειρήσεις που ασχολούνται με εργασίες ξένες προς τη φυσικοθεραπεία ακόμη και αν είναι υγειονομικού χαρακτήρα. (2ζ)<br/> (γ) Μία μόνο άδεια εργαστηρίου φυσικοθεραπείας χορηγείται για κάθε φυσικό πρόσωπο.(2ε)<br/> ε.) Απαγορεύεται η σύσταση εταιρικού σχήματος πλην αυτού που συστήνεται μεταξύ φυσικοθεραπευτών.(2ζ)</p> <p><b>Άρθρα 2, 3</b><br/> Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας εργαστηρίων φυσικοθεραπείας σύμφωνα με το Π.Δ. 29/1987 και όπου αλλού αναφέρεται.(3)</p> |
| 6. | Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης εκτός Νοσοκομείων και Κλινικών. | <p><b>Π.Δ. 225/2000 (ΦΕΚ 194 τ.Α΄)</b><br/> <b>α) Άρθρο 5</b><br/> « Για την ίδρυση και λειτουργία ΜΧΑ απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας που δίνεται από την αρμόδια Διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. (2β)</p> <p><b>β) Άρθρο 6</b><br/> «Δικαιούχοι αίτησης για έκδοση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ΜΧΑ του παρόντος Διατάγματος, είναι φυσικά πρόσωπα - γιατροί, Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου δημόσιου</p>                                                                                                                                                                                             |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>χαρακτήρα και εταιρείες, με την προϋπόθεση ότι κατά το καταστατικό τους δραστηριοποιούνται στο χώρο της παροχής υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και η πλειοψηφία των εταίρων ή προκειμένου περί Ανωνύμων Εταιρειών κάτοχοι ποσοστού μετοχών τουλάχιστον 51%, είναι γιατροί ειδικευμένοι. (2η)</p> <p><b>γ) Άρθρο 7</b><br/>Έγκριση επέκτασης των ΜΧΑ δίνεται με τις ίδιες διαδικασίες με τις οποίες εγκρίνεται η άδεια εγκατάστασης και η άδεια λειτουργίας. (2β)</p> <p><b>δ) Άρθρο 8</b><br/>Ο υπεύθυνος Νεφρολόγος της ΜΧΑ δεν μπορεί να έχει υπευθυνότητα και για άλλη ΜΧΑ ή άλλη MTN ιδιωτικής Κλινικής. (2ε)</p>                                                                                                                                                                            |
| 7. | <p>Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας :</p> <p>α. Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία<br/>β. Ιδιωτικά πολυϊατρεία και πολυοδοντιατρεία<br/>γ. Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια και<br/>δ. Ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης</p> | <p><b>α.</b> Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας<br/>-άρθρο 2 παρ. 1, 2 του Π.Δ.84/01<br/>-άρθρο 3 παρ.2,3 του Π.Δ. 84/01<br/>-άρθρο 4 παρ.1,2, 3 του Π.Δ. 84/01<br/>-άρθρο 5 του Π.Δ. 84/01<br/>- άρθρο 28 παρ. 2,3, του Ν 3846/10 και όπου αλλού αναφέρεται. (3)</p> <p><b>β.</b> Δικαιούχοι ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.<br/>- φυσικά πρόσωπα που διαθέτουν άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος άρθρο 4 του Π.Δ. 84/01 και άρθρο 28 παρ. 2 του Ν3846/10 και όπου αλλού αναφέρεται<br/>- νομικά πρόσωπα οποιασδήποτε μορφής με αποκλειστικό σκοπό την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ και το 51% του μετοχικού κεφαλαίου να ανήκει σε ειδικευμένους ιατρούς ή οδοντιάτρους<br/>άρθρο 4, 5,9 και 11 του Π.Δ.84/01 και άρθρο 28 παρ. 2, 3 του Ν3846/10 και όπου αλλού αναφέρεται. (2ζ), (2η)</p> |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>γ. Έδρα του φορέα είναι υποχρεωτικά η περιφέρεια του ιατρικού ή οδοντιατρικού συλλόγου στα μητρώα του οποίου έχει εγγραφεί ο ιδιωτικός φορέας παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και απαιτείται αντίστοιχα βεβαίωση εγγραφής και άσκησης ειδικότητας (του δικαιούχου ιατρού για φυσικά πρόσωπα ή οδοντιάτρου και των ιατρών ή οδοντιάτρων της εταιρείας) και έγκριση του συμφωνητικού λειτουργίας ή του καταστατικού για τα φυσικά πρόσωπα που αιτούνται κοινή άδεια ή του καταστατικού της εταιρείας από τον οικείο ιατρικό ή οδοντιατρικό σύλλογο<br/> -άρθρο 4 παρ.2, άρθρο 5 παρ 2 εδαφ. γ και δ, παρ. 3 εδαφ. γ και δ του Π.Δ. 84/01<br/> -άρθρο 28 παρ. 5 του Ν 3846/10<br/> - και όπου αλλού αναφέρεται. (2γ)</p> <p>δ.Οι επιστημονικά υπεύθυνοι των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και οι επιστημονικοί διευθυντές των εν λόγω φορέων πρέπει να ανήκουν στον ιατρικό ή οδοντιατρικό σύλλογο της περιφέρειας που είναι εγκατεστημένος ο φορέας<br/> -άρθρο 28 παρ 5 του Ν3846/10<br/> και όπου αλλού αναφέρεται. (2γ)</p> <p>ε. Τα φυσικά (ιατροί ή οδοντίατροι ) ή νομικά (εταιρείες) πρόσωπα δύνανται να είναι κάτοχοι μιας και μόνο άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ανά την Επικράτεια και δεν επιτρέπεται να λειτουργούν παραρτήματα ούτε να λειτουργούν σε μη συνεχόμενα κτίρια<br/> -άρθρο 14 παρ 2 του Π.Δ. 84/01<br/> - άρθρο 28 παρ. 4 του Ν3846/10<br/> και όπου αλλού αναφέρεται. (2ε)</p> <p>στ. Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικού πολυϊατρείου ή ιδιωτικού πολυοδοντιατρείου χορηγείται μόνο σε εταιρείες<br/> -άρθρο 2 παρ. 2 του Π.Δ. 84/01<br/> και όπου αλλού αναφέρεται. (2ς)</p> |
|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(2β) Η εξάρτηση της χορηγήσεως διοικητικής αδείας για την άσκηση επαγγέλματος από την εκτίμηση της διοικητικής αρχής ως προς την ύπαρξη πραγματικής ανάγκης προς τούτο, που θεωρείται συντρέχουσα όταν η προσφορά υπηρεσιών εκ μέρους των προσώπων που έχουν ήδη αδειοδοτηθεί για την άσκηση του επαγγέλματος δεν είναι ικανοποιητική για το κοινωνικό σύνολο, είτε καθ' όλη την επικράτεια είτε σε ορισμένο γεωγραφικό διαμέρισμα, εν όψει αφ' ενός του αριθμού των προσώπων που ασκούν το επάγγελμα και αφ' ετέρου των προς ικανοποίηση αναγκών του κοινωνικού συνόλου, ως αποδέκτη των υπηρεσιών αυτών

(2γ) Η απαγόρευση για ένα πρόσωπο της ασκήσεως επαγγέλματος έξω από ορισμένο γεωγραφικό διαμέρισμα, εντός του οποίου και μόνο είναι αυτή επιτρεπτή.

(2ε) Η απαγόρευση για ένα πρόσωπο της δημιουργίας περισσότερων εγκαταστάσεων ή επαγγελματικής δραστηριοποίησης σε περισσότερες εγκαταστάσεις, σε ένα ή περισσότερα γεωγραφικά διαμερίσματα.

επάγγελμα να προσφέρει μαζί με τη δική του υπηρεσία, άλλες συγκεκριμένες υπηρεσίες

(2στ) Η πρόβλεψη αποκλειστικής δυνατότητας ή απαγόρευσης διάθεσης είδους αγαθών από ορισμένη κατηγορία επαγγελματικών εγκαταστάσεων.

(2ζ) ) Η επιβολή της ασκήσεως επαγγέλματος ή η απαγόρευση της ασκήσεώς του υπό ορισμένη ή ορισμένες εταιρικές μορφές ή ο αποκλεισμός της ασκήσεώς του υπό εταιρική μορφή, επιτρεπομένης μόνο της ατομικής ασκήσεως αυτού.

(2η) Η επιβολή περιορισμών σχετιζομένων με τη συμμετοχή στη σύνθεση του μετοχικού ή εταιρικού κεφαλαίου, συναπτομένων προς την ύπαρξη ή την έλλειψη ορισμένης επαγγελματικής ιδιότητας.

(3) Η απαίτηση προηγούμενης διοικητικής άδειας για την άσκηση επαγγέλματος, πέραν εκείνων για τα οποία διαλαμβάνεται ρύθμιση στο Κεφάλαιο Β' του παρόντος, όταν η χορήγηση της άδειας αυτής συναρτάται προς την, αντικειμενικώς διαπιστούμενη κατά δεσμία αρμοδιότητα, συνδρομή νόμιμων προϋποθέσεων, παύει να ισχύει μετά πάροδο τεσσάρων (4) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος

## **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΦΟΡΕΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΦΥ**

Όπως επισημάνθηκε, μετά την 2 Ιουλίου 2011, καταργείται η αδικαιολόγητη απαίτηση προηγούμενης διοικητικής άδειας για τη λειτουργία των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Από το χρονικό αυτό σημείο και μετά, η πρόσβαση στη λειτουργία των ιδιωτικών φορέων θα γίνεται με την ακόλουθη διαδικασία:

α) Για τη λειτουργία των ιδιωτικών φορέων, απαιτείται αναγγελία έναρξης σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 3 του ν.3919/2011 (ΦΕΚ 32,τ. Α), στην Περιφέρεια ή και στα Ενιαία Κέντρα Εξυπηρέτησης (Ε.Κ.Ε) για τις περιπτώσεις των καταστημάτων οπτικών ειδών, εργαστηρίων αισθητικής, εργαστηρίων φυσικοθεραπείας, οδοντοτεχνικών εργαστηρίων και Μονάδων αδυνατίσματος-Διαιτολογικών μονάδων, όπως ισχύει σύμφωνα με τις αριθμ. Υ3β/Γ.Π./οικ.64436/26-5-2011, Υ3β/Γ.Π./οικ.64435/26-5-2011, Υ3β/Γ.Π./οικ.64434/26-5-2011, Υ3β/Γ.Π./οικ.64433/26-5-2011, Υ3β/Γ.Π./οικ.64433/26-5-2011 Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις (ΦΕΚ 1394/16-6-2011 τ. Β).

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για τη λειτουργία των ανωτέρων φορέων Π.Φ.Υ προβλέπονται από τη σχετική νομοθεσία όπως ακριβώς ίσχυε πριν την εφαρμογή του νέου νόμου.

Στην περίπτωση των Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης ο ενδιαφερόμενος θα καταθέτει μαζί με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά που προβλέπονται στο Π.Δ 225/2000 (ΦΕΚ 194,τ.Α), την απόφαση του Υπουργού Υγείας με την οποία καθορίζεται το Νοσοκομείο με το οποίο συνδέεται επιστημονικά η Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και η οποία θα εκδίδεται από τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η ανακοίνωση /βεβαίωση λειτουργίας θα αντικαθιστά τις άδειες ίδρυσης και λειτουργίας των Μ.Χ.Α.

Επισημαίνεται ότι τα προβλεπόμενα τέλη και παράβολα, θα εξακολουθήσουν να εισπράττονται κανονικά και με την ίδια διαδικασία.

β) Οι αρμόδιες επιτροπές των υπηρεσιών σας, μετά τη λήψη των παραπάνω δικαιολογητικών, θα προβαίνουν στις προβλεπόμενες διαδικασίες και ελέγχους με σκοπό τη διαπίστωση συνδρομής όλων των απαραίτητων προϋποθέσεων για τη νόμιμη λειτουργία των ιδιωτικών φορέων Π.Φ.Υ., μεταξύ των οποίων και όποιες προϋποθέσεις αναφέρονται στο άρθρο 34 του Ν.4025/2011 (ΦΕΚ 228, τ. Α') «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης-Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση ΕΣΥ και άλλες διατάξεις». Η προαναφερόμενη διαδικασία δεν πρέπει χρονικά να υπερβαίνει τους τρεις (3) μήνες.

γ) Εφόσον οι Υπηρεσίες σας διαπιστώσουν την πληρότητα των προϋποθέσεων για τη νόμιμη λειτουργία των ιδιωτικών φορέων Π.Φ.Υ., θα εκδίδουν ανακοίνωση/βεβαίωση λειτουργίας (απλή επιστολή) την οποία θα διαβιβάζουν στον ενδιαφερόμενο, προκειμένου αυτός να την επιδεικνύει σε κάθε διενεργούμενο έλεγχο. Στη περίπτωση που δεν συγκεντρώνονται οι νόμιμες προϋποθέσεις ή δεν προκύπτει η συνδρομή τους από τα υποβληθέντα στοιχεία, θα ενημερώνετε εγγράφως τον ενδιαφερόμενο ότι δεν είναι δυνατή η χορήγηση της ανακοίνωσης λειτουργίας, γνωστοποιώντας και τους σχετικούς λόγους.

Ιδιαίτερα επισημαίνεται ότι η έγγραφη ενημέρωση περί απαγόρευσης λειτουργίας των ιδιωτικών φορέων Π.Φ.Υ., πρέπει να γίνεται πριν την πάροδο τριών (3) μηνών από την ημερομηνία που κατατίθεται στην υπηρεσία σας, η αναγγελία έναρξης λειτουργίας του ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.,

δεδομένου ότι σύμφωνα με τη νομοθεσία, μετά παρέλευση τριμήνου ο ενδιαφερόμενος λειτουργεί τον ιδιωτικό φορέα ελεύθερα, χωρίς άλλη ειδοποίηση εκ μέρους του επιτηδευματία.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΛΟΒΕΡΔΟΣ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

1. Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δ/ση Ασθένειας και Μητρότητας, Σταδίου 29, 101 10 ΑΘΗΝΑ
2. Όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας
3. Όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας
4. Όλους τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους της χώρας
5. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία  
Θεμιστοκλέους 38, 106 78 ΑΘΗΝΑ
6. Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων  
Ιδιωτικής Πρωτοβάθμιας Υγείας  
Πανεπιστημίου 56, 106 78 ΑΘΗΝΑ
7. Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής &  
Αποκατάστασης  
Μαιάνδρου 23, 115 28 ΑΘΗΝΑ
8. Πανελλήνια Ένωση Ιδιωτικών Φορέων  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 ΑΘΗΝΑ
9. Ε.Α.Ε.Ε.  
Δ/ση Υγειονοφυσικής  
Τ.Θ. 600 92, 153 10 Αγ. Παρασκευή ΑΘΗΝΑ
10. Ε.Ο.Π.Υ.Υ.  
Ακαδημίας 22, 106 71 ΑΘΗΝΑ
10. Ένωση Σύγχρονων Γενικών Κλινικών  
Βας. Σοφίας 102, 115 28 ΑΘΗΝΑ
11. Πανελλήνιος Σύλλογος Οπτικών &

Οπτομετρών  
Μενάνδρου 49, 104 37 ΑΘΗΝΑ

12. Σύλλογο Επαγγελματιών Αισθητικών  
Ελλάδας  
Σταδίου 39, 105 59 ΑΘΗΝΑ

13. Πανελλήνιος Σύλλογος Διαιτολόγων  
Ερυθρού Σταυρού 8-10, 115 26 ΑΘΗΝΑ

14. Σύλλογος Εργαστηριούχων  
Οδοντοτεχνικών  
Αριστοτέλους 14, 104 32 ΑΘΗΝΑ

15. Πανελλήνιος Σύλλογος  
Φυσικοθεραπευτών  
Γκυϊλφόρδου 12, Πλ. Βικτωρίας  
104 34, ΑΘΗΝΑ

16. Πανελλήνια Ένωση Εργαστηριούχων  
Φυσικοθεραπευτών  
Ι. Δροσοπούλου 8, 112 58 ΑΘΗΝΑ

#### **ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ**

1. Γρ. Υπουργού
2. Γρ. Γεν. Γραμματέων
3. Γρ. Προϊστ. Γεν. Δ/σης  
Υπηρεσιών Υγείας
4. Δ/ση Επαγγελματιών  
Υγείας & Πρόνοιας

Δ/ 5. Δ/ση Π.Φ.Υ (8)

Αναγράφεται ο τίτλος της αρμόδιας υπηρεσίας

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ**  
**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ**  
**ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (αναγράφεται ο φορέας)**  
**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος: «Αναγγελία έναρξης λειτουργίας ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.» (αναγράφεται ο φορέας).**

|                                       |                                                                                |                           |                   |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| <b>ΠΡΟΣ:</b>                          | Ε.Κ.Ε. ή αρμόδια Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοιν. Μέριμνας της οικείας Περιφέρειας | <b>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b> | <b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b> |
| <i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i> |                                                                                |                           |                   |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:** (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

|                          |       |       |                           |                  |  |                         |  |
|--------------------------|-------|-------|---------------------------|------------------|--|-------------------------|--|
| Όνομα:                   |       |       |                           | Επώνυμο:         |  |                         |  |
| Όνομα Πατέρα:            |       |       |                           | Επώνυμο Πατέρα:  |  |                         |  |
| Όνομα Μητέρας:           |       |       |                           | Επώνυμο Μητέρας: |  |                         |  |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:* |       |       | Α.Φ.Μ:                    |                  |  | Αριθ. Άδειας Οδήγησης:* |  |
| Αριθ. Διαβατηρίου:*      |       |       | Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:* |                  |  | Ιθαγένεια:              |  |
| Ημερομηνία γέννησης:     |       |       | Τόπος Γέννησης:           |                  |  |                         |  |
| Τόπος Κατοικίας          | Χώρα: | Πόλη: | Οδός:                     | Αριθ:            |  | TK:                     |  |
| Τηλ:                     | Fax:  |       | E – mail:                 |                  |  |                         |  |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:**

|                                                                                                                                            |       |  |           |         |        |               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|-----------|---------|--------|---------------|--|
| Επωνυμία:                                                                                                                                  |       |  |           |         |        |               |  |
| Αρ. Καταστατικού:                                                                                                                          |       |  |           |         |        | Έτος Ίδρυσης: |  |
| Αρ. και έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημερομηνία καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ και |       |  |           |         |        |               |  |
| Α.Φ.Μ.:                                                                                                                                    |       |  |           | Δ.Ο.Υ.: |        |               |  |
| Έδρα                                                                                                                                       | Οδός: |  |           |         | Αριθ:  | TK:           |  |
| Δήμος / Κοινότητα:                                                                                                                         |       |  |           |         | Νομός: |               |  |
| Τηλ:                                                                                                                                       | Fax:  |  | E – mail: |         |        |               |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |      |          |           |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|----------|-----------|------|
| <b>ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>1</sup></b> (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου. |  |      |          |           |      |
| ΟΝΟΜΑ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |      | ΕΠΩΝΥΜΟ: |           |      |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |          | ΑΔΤ:      |      |
| ΟΔΟΣ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      | ΑΡΙΘ:    |           | Τ.Κ: |
| Τηλ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Fax: |          | E – mail: |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |      |          |           |      |

**Παρακαλώ για την χορήγηση αναγγελίας έναρξης λειτουργίας φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (αναγράφεται ο φορέας)**

|                                   |                  |         |        |           |
|-----------------------------------|------------------|---------|--------|-----------|
| Επωνυμία επιχείρησης:             |                  |         |        |           |
| Εγκεκριμένος Τίτλος (αν υπάρχει): |                  |         |        |           |
| Διεύθυνση επιχείρησης             | Δήμος/Κοινότητα: | Οδός:   | Αριθ.: | ΤΚ:       |
| Α.Φ.Μ. :                          |                  | Δ.Ο.Υ.: |        |           |
| Τηλ:                              |                  | Fax:    |        | E – mail: |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>2</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- «1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)
2. Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
- 3.

.....  
.....»

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:</b>                                                                                                                                                                                                 |
| 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση:<br>2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας<br>3. Να την παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.:<br>4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας<br>5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό: |

.....  
(Ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)

Αναγράφεται ο τίτλος της αρμόδιας υπηρεσίας

**ΓΙΑ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗ, ΣΑΣ ΠΑΡΑΘΕΤΟΥΜΕ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ  
ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΕΤΕ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΟΡΕΑ**

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

| <b>ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>ΚΑΤΑΤΕΘΗ<br/>ΚΕ ΜΕ<br/>ΤΗΝ<br/>ΑΙΤΗΣΗ</b> | <b>ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ<br/>ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ</b> | <b>ΘΑ<br/>ΠΡΟΣΚΟΜΙ<br/>ΣΘΕΙΑΙ</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης, έκδοσης τελευταίου τριμήνου, από το οποίο να προκύπτει ότι ο αιτών δεν έχει καταδικαστεί αμετάκλητα για κακούργημα ή για κάποιο από τα πλημμελήματα της κλοπής, υπεξαίρεσης, απάτης, εκβίασης, πλαστογραφίας, παραχάραξης, βαριάς σωματικής βλάβης, παράβασης των διατάξεων περί ναρκωτικών ή των διατάξεων που αναφέρονται στα ήθη.<br><br>(Το ανωτέρω αντίγραφο Ποινικού Μητρώου αναζητάται αυτεπάγγελα σε περίπτωση που εκδίδεται από <b>ημεδαπές αρχές</b> )*. |                                              | ✓                               |                                   |
| 2. Τίτλοι ιδιοκτησίας ή συμφωνητικό μίσθωσης                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                 |                                   |
| 3. Σχεδιάγραμμα κάτοψης των χώρων υπογεγραμμένο από αρχιτέκτονα ή πολιτικό μηχανικό μέλος του Τ.Ε.Ε. θεωρημένο από λειτουργική άποψη από τη δ/ση Τεχνικών Υπηρεσιών της Περιφέρειας, στο οποίο θα αποτυπώνονται οι προβλεπόμενοι χώροι. Επίσης σύμφωνα με τις υγειονομικές διατάξεις χώρος αποχωρητηρίου.                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                 |                                   |
| 4. Βεβαίωση της πολεοδομίας για τη νομιμότητα του κτίσματος και χώρων κύριας χρήσης                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                 |                                   |
| 5. Βεβαίωση πυρασφάλειας από την πυροσβεστική υπηρεσία                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                 |                                   |
| 6. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 στην οποία θα δηλώνονται οι υπεύθυνοι που απασχολούνται καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργία της μονάδας καθώς και αυτών που απασχολούνται σε άλλη μονάδα, γραφείο ή εργαστήριο                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                              |                                 |                                   |
| 7. Αντίγραφο δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή άλλου ισοδύναμου εγγράφου                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                              |                                 |                                   |
| 8. Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος ή βεβαίωση αναγγελίας ασκήσεως επαγγέλματος για τον υγειονομικό υπεύθυνο διαιτολόγο-διατροφολόγο                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                 |                                   |
| 9. Παράβολο Δημοσίου Ταμείου                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                 |                                   |
| <b>Όταν την επιχείρηση εκμεταλλεύεται νομικό πρόσωπο, υποβάλλονται επιπλέον τα ακόλουθα δικαιολογητικά:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                              |                                 |                                   |
| 1. Καταστατικό της εταιρείας και τυχόν τροποποιήσεις αυτού, με τα αντίστοιχα ΦΕΚ δημοσίευσής τους ή                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                 |                                   |

|                                                                                                                                                                                                          |  |   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|
| πιστοποιητικά καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας της εταιρείας.                                                                                                                 |  |   |  |
| 2. Πιστοποιητικό Εταιρικών Μεταβολών που εκδίδεται για τις ΕΠΕ, ΟΕ και ΕΕ από το Πρωτοδικείο της έδρας της εταιρείας και για τις ΑΕ από την Υπηρεσία Εμπορίου της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.     |  |   |  |
| 3. Πιστοποιητικό μη κήρυξης του νομικού προσώπου σε πτώχευση από το αρμόδιο Πρωτοδικείο.<br><br>(Το ανωτέρω πιστοποιητικό αναζητάται αυτεπάγγελτα σε περίπτωση που εκδίδεται από <b>ημεδαπές</b> αρχές)* |  | ✓ |  |
| 4. Νομιμοποιητικά έγγραφα προς υποβολή της αίτησης για λογαριασμό του νομικού προσώπου.                                                                                                                  |  |   |  |

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

\* Ελλείπει αντιγράφου ποινικού μητρώου και πιστοποιητικού μη κήρυξης σε πτώχευση, απαιτείται η προσκόμιση ενός ισοδύναμου εγγράφου που έχει εκδοθεί από αρμόδια δικαστική ή διοικητική αρχή της χώρας καταγωγής ή προέλευσης, από το οποίο να προκύπτει ότι οι απαιτήσεις ικανοποιούνται. Αν η χώρα καταγωγής ή προέλευσης δεν χορηγεί τέτοιο έγγραφο τούτο είναι δυνατόν να αντικατασταθεί από ένορκη βεβαίωση, ή για τα κράτη όπου δεν υφίσταται η ένορκη δήλωση, με υπεύθυνη δήλωση η οποία υποβάλλεται από τον ενδιαφερόμενο ενώπιον της αρμόδιας δικαστικής ή διοικητικής αρχής ή κατά περίπτωση ενώπιον συμβολαιογράφου της χώρας καταγωγής ή προέλευσης, οι οποίοι χορηγούν βεβαίωση περί παροχής της ενόρκου δηλώσεως ή της επισήμου δηλώσεως. Τα έγγραφα τα οποία εκδίδονται σύμφωνα με τα ανωτέρω, δεν είναι δυνατόν να υποβληθούν μετά την πάροδο τριών μηνών από την ημερομηνία εκδόσεώς τους

Αναγράφεται ο τίτλος της αρμόδιας υπηρεσίας

### ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ**  
**ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**  
**ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**(αναγράφεται ο φορέας)**

|                      |                                                                                                  |                      |           |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------|
| Αίτημα:              | Λειτουργία φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., από <u>φυσικό πρόσωπο</u> .<br>(αναγράφεται ο φορέας) |                      |           |
| Υπηρεσία Υποβολής :  | Δ/νση Δημόσιας Υγείας της οικείας Περιφέρειας ή Έ.Κ.Ε.                                           |                      |           |
| Αριθμ. πρωτοκόλλου : |                                                                                                  | Ημ/νία<br>Αιτήματος: |           |
| Αρμόδιος Υπάλληλος:  | Όνομα :                                                                                          |                      | Επώνυμο : |
| Αιτών:               | Όνομα :                                                                                          |                      | Επώνυμο : |

|                      |                                                                                                  |                      |                          |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Αίτημα:              | Λειτουργία φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., από <u>νομικό πρόσωπο</u> .<br>(αναγράφεται ο φορέας) |                      |                          |
| Υπηρεσία Υποβολής :  | Δ/νση Δημόσιας Υγείας της οικείας Περιφέρειας ή Έ.Κ.Ε.                                           |                      |                          |
| Αριθμ. πρωτοκόλλου : |                                                                                                  | Ημ/νία<br>Αιτήματος: |                          |
| Αρμόδιος Υπάλληλος:  | Όνομα :                                                                                          |                      | Επώνυμο :                |
| Επωνυμία:            |                                                                                                  |                      | Εγκεκριμένος<br>τίτλος : |
| Νόμιμος εκπρόσωπος : | Όνομα :                                                                                          |                      | Επώνυμο :                |

### **ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ :**

**ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ :** Εντός τριμήνου από την αναγγελία έναρξης λειτουργίας του ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. , η Υπηρεσία δύναται να απαγορεύσει τη λειτουργία του, στην περίπτωση που δεν συγκεντρώνονται οι νόμιμες προϋποθέσεις προς τούτο ή δεν προκύπτει η συνδρομή τους από τα υποβληθέντα στοιχεία. Μετά την παρέλευση άπρακτης της ανωτέρω προθεσμίας τεκμαίρεται ότι ο φορέας λειτουργεί ελεύθερος (αρ. 3 του Ν.3919/2011 ΦΕΚ 32 τ.Α').

**Ο Υπάλληλος**  
(υπογραφή)

Αναγράφεται ο τίτλος της αρμόδιας υπηρεσίας

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ**

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνεται ότι <sup>(1)</sup>.....πληροί  
όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για τη λειτουργία <sup>(2)</sup>..... από την <sup>(3)</sup>  
.....

Η παρούσα δεν αποτελεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας και πρέπει να επιδεικνύεται από τον κάτοχό της στα αρμόδια όργανα για τη διευκόλυνση του ελέγχου.

.....(4).....20.....

Ο .....

(υπογραφή)

- (1) Αναγράφονται τα στοιχεία του φυσικού προσώπου (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, ΑΔΤ) ή του νομικού προσώπου (επωνυμία, νόμιμος εκπρόσωπος).
- (2) Αναγράφεται ο φορέας για τον οποίο χορηγείται η παρούσα βεβαίωση.
- (3) Αναγράφεται η ημερομηνία από την οποία ο ενδιαφερόμενος έχει το δικαίωμα να λειτουργεί ελεύθερα τον ιδιωτικό φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- (4) Αναγράφεται ο τόπος και η ημερομηνία.