



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ** (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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 : «ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ (Ειδικότητας βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογοανατομικής)».**

<b>ΠΡΟΣ:</b>		<b>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

**\* Δ/ση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ.:	
Ημερομηνία γέννησης <sup>(1)</sup> :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** \*(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ.:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:	
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:	
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:			
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ.:	ΤΚ:
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:	
		E – mail:	

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>(4)</sup> (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :** Σε περίπτωση που δε 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:	

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ  
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

<b>ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:</b>	<b>ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ</b>	<b>ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ<sup>(3)</sup></b>	<b>ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ</b>
1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος των ιατρών (οδοντιάτρων) εταίρων, των επιστημονικά υπευθύνων και των λοιπών επαγγελματιών υγείας.	<input type="checkbox"/>		
2. Τίτλος ειδικότητας των εταίρων ιατρών και επιστημονικά υπευθύνων.	<input type="checkbox"/>		
3. Βεβαίωση Συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης αντίστοιχης ειδικότητας.	<input type="checkbox"/>		
4. Καταστατικό της εταιρείας.	<input type="checkbox"/>		
5. Βεβαίωση του οικείου ιατρικού (οδοντιατρικού) Συλλόγου περί έγκρισης και εγγραφής της εταιρείας στα μητρώα του . #	<input type="checkbox"/>		
6. Θεωρημένο συμφωνητικό λειτουργίας μαζί με τη σχετική απόφαση του Δ.Σ.	<input type="checkbox"/>		
7. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου κλίμακας 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προσορισμού τους θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό, ο οποίος πιστοποιεί ότι τηρούνται οι προδιαγραφές όπως ορίζονται στα παραρτήματα Α,Β.	<input type="checkbox"/>		
8. Κατάλογος όλων των μηχανημάτων που απαρτίζουν τον επιστημονικό εξοπλισμό της Μονάδας.	<input type="checkbox"/>		
9. Μελέτη από διπλωματούχο ηλεκτρολόγο μηχανικό από την οποία θα προκύπτει ότι η ηλεκτρική εγκατάσταση είναι κατάλληλη και επαρκής για την χρήση του συγκεκριμένου εξοπλισμού.	<input type="checkbox"/>		
10. Προσκόμιση της άδειας σκοπιμότητας εφόσον χρησιμοποιούνται τεχνικές ή μηχανήματα ιοντίζουσας ακτινοβολίας.	<input type="checkbox"/>		
11. Παράβολο 146.74 € από Δημόσιο Ταμείο (διατίθεται και από την υπηρεσία).	<input type="checkbox"/>		
12. Απόσπασμα ποινικού μητρώου.	<input type="checkbox"/>		
13. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)*.	<input type="checkbox"/>		
14. Ανάκληση πιθανής παλαιότερης άδειας.	<input type="checkbox"/>		

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

\* Το περιεχόμενο της Υπεύθυνης δήλωσης είναι το εξής « Δεν είμαι δικαιούχος άλλης άδειας λειτουργίας φορέα Π.Φ.Υ. σε οποιοδήποτε άλλο νομό της χώρας, δεν κατέχω οργανική θέση στο ΕΣΥ ή σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και δεν είμαι Πανεπιστημιακός».

# Εάν ο ιατρικός ή οδοντιατρικός Σύλλογος δεν απαντήσει μέσα σε 60 ημέρες από την υποβολή της αίτησης, αρκεί η προσκόμιση κυρωμένου αντιγράφου της αίτησης, μαζί με την απόδειξη ημερομηνίας κατάθεσης.

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** 146.74€

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:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

<b>Αίτημα:</b>	ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ (Ειδικότητας βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογοανατομικής)		
<b>Υπηρεσία Υποβολής:</b>			
<b>Αριθμ. Πρωτοκόλλου:</b>		<b>Ημ/νια αιτήματος:</b>	
<b>Αρμόδιος Υπάλληλος:</b>	<b>Όνομα:</b>	<b>Επώνυμο:</b>	
<b>Αιτών:</b>	<b>Όνομα:</b>	<b>Επώνυμο:</b>	

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ <sup>(3)</sup>	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος των ιατρών (οδοντιάτρων) εταίρων, των επιστημονικά υπευθύνων και των λοιπών επαγγελματιών υγείας.	<input type="checkbox"/>		
2. Τίτλος ειδικότητας των εταίρων ιατρών και επιστημονικά υπευθύνων.	<input type="checkbox"/>		
3. Βεβαίωση Συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης αντίστοιχης ειδικότητας.	<input type="checkbox"/>		
4. Καταστατικό της εταιρείας.	<input type="checkbox"/>		
5. Βεβαίωση του οικείου ιατρικού (οδοντιατρικού) Συλλόγου περί έγκρισης και εγγραφής της εταιρείας στα μητρώα του . #	<input type="checkbox"/>		
6. Θεωρημένο συμφωνητικό λειτουργίας μαζί με τη σχετική απόφαση του Δ.Σ.	<input type="checkbox"/>		
7. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου κλίμακας 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό, ο οποίος πιστοποιεί ότι τηρούνται οι προδιαγραφές όπως ορίζονται στα παραρτήματα Α,Β.	<input type="checkbox"/>		
8. Κατάλογος όλων των μηχανημάτων που απαρτίζουν τον επιστημονικό εξοπλισμό της Μονάδας.	<input type="checkbox"/>		
9. Μελέτη από διπλωματούχο ηλεκτρολόγο μηχανικό από την οποία θα προκύπτει ότι η ηλεκτρική εγκατάσταση είναι κατάλληλη και επαρκής για την χρήση του συγκεκριμένου εξοπλισμού.	<input type="checkbox"/>		
10. Προσκόμιση της άδειας σκοπιμότητας εφόσον χρησιμοποιούνται τεχνικές ή μηχανήματα ιοντίζουσας ακτινοβολίας.	<input type="checkbox"/>		
11. Παράβολο 146.74 € από Δημόσιο Ταμείο (διατίθεται και από την υπηρεσία).	<input type="checkbox"/>		
12. Απόσπασμα ποινικού μητρώου.	<input type="checkbox"/>		
13. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)*.	<input type="checkbox"/>		
14. Ανάκληση πιθανής παλαιότερης άδειας.	<input type="checkbox"/>		



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**ΧΡΟΝΟΣ:** Έως 15 ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** 146.74€

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)