

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 ΕΕ):							
Α.Φ.Μ.:				Δ.Ο.Υ.:			
Έδρα	Οδός:			Αριθ:	TK:		
Δήμος / Κοινότητα:				Νομός:			
Τηλ:	Fax:		E - mail:				

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>1</sup>** (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:	
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:
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.:
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
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**

<sup>2</sup> «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».

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣ ΘΕΙΑΙ
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.  (Το ανωτέρω αντίγραφο Ποινικού Μητρώου αναζητάται αυτεπάγγελτα 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			

**Όταν την επιχείρηση εκμεταλλεύεται νομικό πρόσωπο, υποβάλλονται επιπλέον τα ακόλουθα δικαιολογητικά:**

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.  (Το ανωτέρω πιστοποιητικό αναζητάται αυτεπάγγελτα σε περίπτωση που εκδίδεται από <b>ημεδαπές αρχές</b> )*		✓	
4. Νομιμοποιητικά έγγραφα προς υποβολή της αίτησης για λογαριασμό του νομικού προσώπου.			

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

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

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