

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ** Ν.Π.Δ.Δ. (Ν.1026/1980)

ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ

Ταχ. Διεύθυνση: Ταλιαδούρου 2 (5ος Όροφος), 431 32 Καρδίτσα

Τηλ./Fax: 24410 22152 (6.00 μ.μ. - 8.00 μ.μ.)

E-mail: oskargr@gmail.com

Web: http://www.oskarditsas.gr

Λειτουργία Ιδιωτικού Φορέα Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ - ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ:**

Αναγγελία έναρξης: ..../...../201.. Δ/ση: ..... Όροφος

Π.Δ. 84/2001 (ΦΕΚ 70<sup>Α</sup>/10.04.2001), Υ3β/Γ.Π./οικ.24948 (ΦΕΚ 713<sup>Β</sup>/13.03.2012), Ν.4250/2014 (Κεφ.Α, αρ. 1 ΦΕΚ 74<sup>Α</sup>/26.03.2014)

| a/a | ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ  | ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ<br>ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ | ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ<br>ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ  |
|-----|---|-----------------------------|--------------------------|
| 1.  | Αναγγελία έναρξης λειτουργίας ιδιωτικού οδοντιατρείου   | <input type="checkbox"/>    |                          |
| 2.  | Αντίγραφο άδειας άσκησης οδοντιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση αναγγελίας ασκήσεως του οδοντιατρικού επαγγέλματος   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας (εφόσον υπάρχει) των επιστημονικά υπευθύνων  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Βεβαίωση εγγραφής σε Οδοντιατρικό Σύλλογο (στην περίπτωση που ο δικαιούχος ή ο επιστημονικά υπεύθυνος δεν είναι μέλος του Συλλόγου στην Περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας)   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Συμβόλαιο αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, στο οποίο θα στεγάζεται το εν λόγω οδοντιατρείο  | <input type="checkbox"/>    |                          |
| 6.  | 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  | <input type="checkbox"/>    |                          |
| 7.  | Κανονισμό συνιδιοκτησίας σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία, από όπου προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η χρήση του χώρου για τη λειτουργία του φορέα (ή υπεύθυνη δήλωση διαχειρίστριας)   | <input type="checkbox"/>    |                          |
| 8.  | Διάγραμμα κάτοψης του διατιθεμένου 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**, όπως απαιτείται από το παράρτημα Α) καθώς και ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα | <input type="checkbox"/>    |                          |
| 9.  | Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του οδοντιατρείου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του Π.Δ. 84/2001.  | <input type="checkbox"/>    |                          |

|     |  |                          |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. | Υποβολή ευκρινών αντιγράφων των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11. | <p><b>Πιστοποιητικό σήμανσης CE</b> για τον χρησιμοποιούμενο οδοντιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία</p> <p>1. Οδοντιατρική έδρα CE <input checked="" type="checkbox"/> Ημ/νία λήξης:<br/>                 2. Unit (βασική μονάδα) CE <input checked="" type="checkbox"/> Ημ/νία λήξης:<br/>                 3. Αεροσυμπιεστής CE <input checked="" type="checkbox"/> Ημ/νία λήξης:<br/>                 4. Κλίβανος/αυτόκαυστο CE <input checked="" type="checkbox"/> Ημ/νία λήξης:<br/>                 5. Ακτινολογικό CE <input checked="" type="checkbox"/> Ημ/νία λήξης:</p> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12. | Απόδειξη Οδοντιατρικού Συλλόγου στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των διακοσίων (€200,00) ευρώ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | <p><b>Πιστοποιητικό καταλληλότητας ακτινολογικού εξοπλισμού από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (Ε.Ε.Α.Ε.)</b> σύμφωνα με τις ισχύουσες κείμενες διατάξεις για την έκδοση <b>ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ</b> από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο</p> <p>ΣΗΜ.: ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ <b>ΑΝΑΝΕΩΣΗ</b> ΤΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ε.Α.Ε. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΛΛΟ ΧΩΡΟ</p> <p>Ημ/νία έκδοσης: / /</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | <p><b>Απόσπασμα Ποινικού Μητρώου</b> δικαστικής χρήσης του αιτούντος και του επιστημονικά υπευθύνου</p> <p>(Αντίγραφο ποινικού μητρώου, 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)</p>   |                          | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι <b>δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του οδοντιατρικού επαγγέλματος</b>   | <input type="checkbox"/> |                          |

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 ανωτέρω δικαιολογητικών, υποβάλλονται και τα εξής:

|     |   |                          |  |
|-----|---|--------------------------|--|
| 16. | Καταστατικό του νομικού προσώπου ή του αστικού ιατρικού συνεταιρισμού   | <input type="checkbox"/> |  |
| 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. | <input type="checkbox"/> |  |
| 18. | 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.   | <input type="checkbox"/> |  |
| 19. | Σε περίπτωση Ανώνυμης Εταιρείας, ονομαστικός κατάλογος των μετόχων.   | <input type="checkbox"/> |  |

**ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ: Ένας (1) μήνας**

1. Η βεβαίωση λειτουργίας χορηγείται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Καρδίτσας, μέσα σε προθεσμία ενός (1) μηνός από την αναγγελία έναρξης λειτουργίας του ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., με την κατάθεση όλων των σχετικών δικαιολογητικών.
2. Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Καρδίτσας δύναται να απαγορεύσει, με αιτιολογημένη απόφαση, τη λειτουργία του ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., εντός ενός (1) μηνός από την αναγγελία έναρξης λειτουργίας του, στην περίπτωση που δεν συγκεντρώνονται οι νόμιμες προϋποθέσεις προς τούτο ή δεν προκύπτει η συνδρομή τους από τα υποβληθέντα στοιχεία.
3. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία του ενός (1) μηνός, αρμόδιος για την έκδοση των διαπιστωτικών πράξεων καθίσταται ο κατά τόπο οικίος Περιφερειάρχης. Η αρμοδιότητα του Περιφερειάρχη ισχύει και σε περίπτωση υποβολής ένστασης.
4. Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Καρδίτσας ελέγχει την πληρότητα των δικαιολογητικών κατά την κατάθεση τους. Σε περίπτωση ελλείψεων, ζητείται η συμπλήρωσή τους.

**Παράρτημα Α' - Τεχνικές Προδιαγραφές**

(Π.Δ. 84/2001 όπως τροποποιήθηκε με την Αριθμ. Γ.Π./οικ.72218 ΦΕΚ 2302Β'/27.08.2014)

1. Σε περίπτωση χρήσης επιστημονικού εξοπλισμού, ο χώρος του Οδοντιατρείου προσαυξάνεται ανάλογα με τις λειτουργικές απαιτήσεις του κατασκευαστικού οίκου του αντίστοιχου μηχανήματος.
2. Σε κάθε Οδοντιατρείο θα πρέπει να υπάρχει σφραγιζόμενο δοχείο μολυσματικών απορριμμάτων.
3. Σταθερός εξοπλισμός Οδοντιατρείου: Κάθε Οδοντιατρείο περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα πάγκο εργασίας με κλειστά ερμάρια και νιπτήρα. Οι επιφάνειες εργασίας του πάγκου πρέπει να αντέχουν στα αλκαλικά, τα οξέα, τα διαλυτικά και τη θερμότητα.
4. Εάν το Οδοντιατρείο περιλαμβάνει επιστημονικό εξοπλισμό ιοντίζουσας ακτινοβολίας, πρέπει ο διατιθέμενος χώρος να έχει τις αντίστοιχες τεχνικές προδιαγραφές (σ.σ. αφορά ορθοπαντομογράφο) - δείτε στην Αριθμ. Γ.Π./οικ.72218 ΦΕΚ 2302Β'/27.08.2014 (Παράρτημα Α' - Μέρος Δεύτερο – Τμήμα Β')

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ - Πίνακας μετρικών στοιχείων**

[Για πολυοδοντιατρείο δείτε αναλυτικά στην Αριθμ. Γ.Π./οικ.72218 ΦΕΚ 2302Β'/27.08.2014]

| α/α | ΧΩΡΟΙ   | ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ<br>m <sup>2</sup> | ΕΛΑΧΙΣΤΗ<br>ΔΙΑΣΤΑΣΗ m | ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ  |
|-----|---|-----------------------------|------------------------|---|
| 1.  | ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ<br><br>▪ Γραφείο<br>οδοντιάτρου<br>▪ Εξεταστήριο | 15,00                       | ▪ 2,80<br><br>▪ 2,00   | X.K.X<br>Χώρος ενιαίος ή διαχωρισμένος σε γραφείο οδοντιάτρου και εξεταστήριο που επικοινωνούν άμεσα. (χώρος κύριας χρήσης) |
| 2.  | ΧΩΡΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ  | 8,00                        | ▪ 2,50                 | X.K.X<br>Μπορεί να περιλαμβάνεται και γραμματεία  |
| 3.  | W.C.  | 1,50                        | ▪ 0,90                 |   |

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ: X.K.X.= Χώρος Κύριας Χρήσης σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις του Κτιριοδομικού Κανονισμού**

**Παράρτημα Β'- Εξοπλισμός Οδοντιατρείο**

(Π.Δ. 84/2001 όπως τροποποιήθηκε με την Αριθμ. Γ.Π./οικ.72218 ΦΕΚ 2302Β'/27.08.2014)

**Ελάχιστος απαραίτητος εξοπλισμός**

1. Πάγκος εργασίας τριών μέτρων με συρτάρια, ερμάρια και νεροχύτη
2. Συγκρότημα οδοντιατρικό πλήρες CE  Ημ/νία λήξης:
3. Κλίβανος ή αυτόκαυστο CE  Ημ/νία λήξης:
4. Εργαλειοθήκη
5. Συσκευή αποτρύγωσης υπερήχων CE  Ημ/νία λήξης: