

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ Ν.ΠΕΛΛΑΣ

ΦΙΛΙΠΠΟΥ 26, 58200 ΕΔΕΣΣΑ, ΤΗΛ:2381025121, FAX:2381022907

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΑΔΕΙΑΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
ΙΑΤΡΕΙΟΥ

1. Αίτηση (του νομίμου εκπροσώπου σε περίπτωση εταιρείας).
2. Αντίγραφο πτυχίου (επικυρωμένο).
3. Άδεια άσκησης επαγγέλματος (επικυρωμένη).
4. Τίτλο ειδικότητας (επικυρωμένο).
5. Σχεδιάγραμμα του χώρου (κάτοψη και τομή).
6. Κατάσταση μηχανολογικού και λοιπού εξοπλισμού, με τα διακριτικά στοιχεία **CE**, και βεβαίωση προμηθευτή για τα μηχανήματα (όπου υπάρχουν).
7. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης με ή χωρίς αντάλλαγμα του ακινήτου.
8. Υπεύθυνη Δήλωση όπου θα δηλώνει ότι δεν έχει καταδικαστεί για καμία αξιόποινη πράξη ή για πράξη που έχει σχέση με την άσκηση της επαγγελματικής του ιδιότητας.
9. Υπεύθυνη Δήλωση όπου θα δηλώνει ότι δε διώκεται και δεν τελεί υπό απαγόρευση ή δικαστική αντίληψη.
10. Υπεύθυνη Δήλωση από μηχανολόγο, όπου θα δηλώνεται ότι διασφαλίζεται η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων στο ιατρείο.
11. Στον Σύλλογο κατατίθεται το ποσό των **#200# €**
12. Κανονισμό πολυκατοικίας που επιτρέπει τη λειτουργία του ιατρείου.
13. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
14. Ένα φάκελο με λάστιχο.
15. Βεβαίωση εγγραφής από τον οικείο ιατρικό σύλλογο.

16. Υπεύθυνη δήλωση ωραρίου λειτουργίας και ποιος ορίζεται επιστημονικά υπεύθυνος.