



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

Γ. Παπανδρέου 2 Κτίριο Β' – 45444 Ιωάννινα τηλ. 26510-25324 fax 26510-32907  
e-mail: isioan@otenet.gr

**HELLENIC REPUBLIC  
MEDICAL ASSOCIATION OF IOANNINA**

2 G. Papandreou str. – 45444 Ioannina Greece tel 26510-25324 fax 26510-32907  
e-mail: isioan@otenet.gr

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ**

1. Φωτοτυπία ταυτότητας .
2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
3. Τίτλο ειδικότητας.
4. Συμβόλαιο αγοράς, μίσθωσης ή παραχώρησης χρήσης με ή χωρίς αντάλλαγμα του ακινήτου στο οποίο στεγάζεται το ιατρείο.
5. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ή από τον Πολιτικό Μηχανικό ή Αρχιτέκτονα, ότι δεν απαγορεύεται ιατρείο στον προβλεπόμενο χώρο.
6. Κανονισμό συνιδιοκτησίας της πολυκατοικίας όπου φαίνεται ότι δεν απαγορεύεται ρητά η χρήση του χώρου για λειτουργία ιατρείου.  
Σε περίπτωση που δεν υπάρχει κανονισμός πολυκατοικίας, τότε θέλουμε μια υπεύθυνη δήλωση του ιδιοκτήτη ότι επιτρέπει την χρήση του διαμερίσματος του για ιατρείο.
7. Κάτοψη του χώρου σε κλίμακα 1/50 με τις διαστάσεις και επεξήγηση του προορισμού θεωρημένο από Πολιτικό Μηχανικό ή Αρχιτέκτονα.
8. Κατάλογο των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του Ιατρείου.
9. Παραστατικά κτήσης των μηχανημάτων.
10. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για όλο τον εξοπλισμό.
11. Καταβολή παράβολου 200.00€ στον Ιατρικό Σύλλογο.
12. Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν κατέχει άλλη άδεια σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα της Χώρας.
13. Υπεύθυνη δήλωση ποινικού Μητρώου.
14. Υπεύθυνη δήλωση ώρες και μέρες λειτουργίας ιατρείου.
15. Ένα χάρτινο ντοσιέ (με αυτιά).

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

**(αρθρ. 4 παρ2, γ)**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος.....

Μηχανικός, βεβαιώνω ότι για τον χώρο ιατρείου που βρίσκεται στην οδό .....

υπό στοιχεία.....

δεν απαγορεύεται από τις πολεοδομικές διατάξεις η χωροθέτηση της συγκεκριμένης χρήσης.

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ\*

(αρθρ. 4 παρ2, ε)

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος.....

Μηχανικός, βεβαιώνω ότι για τον χώρο που βρίσκεται στην οδό.....

υπό στοιχεία.....

**A.** Είναι χώρος κύριας χρήσης και έχει το προβλεπόμενο από τον κτιριοδομικό κανονισμό ύψος.

**B.** Πληρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές, όπως αυτές ορίζονται στο **παράρτημα Α του Π.Δ. 84/2001.**

**Γ.** Ο φορέας λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους αποκλειστικής χρήσης.

\*Διάγραμμα κάτοψης του διατιθεμένου χώρου κλίμακας 1/50 σε δυο αντίγραφα με της διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους, θεωρημένο από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό ή αρχιτέκτονα. Στο ίδιο σχέδιο μα μπει και η παραπάνω βεβαίωση.

**ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΕΓΑΣΗΣ**  
**ΠΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

Στα Ιωάννινα σήμερα...../20..... μεταξύ αφ' ενός τ...  
.....(όνομα)  
του..... (πατρώνυμο) ιατρού, .....  
(ειδικότητα), μέλους του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων (ΑΜ Συλλόγου .....),  
κατοίκου.....(πόλη), οδός.....  
αρ....., (ΑΦΜ...../ ΔΟΥ.....) και αφετέρου τ.....  
..... (όνομα)  
του..... (πατρώνυμο) ιατρού,.....(ειδικότητα),  
μέλους του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων (ΑΜ Συλλόγου.....),  
κατοίκου.....(πόλη),  
οδός.....αρ.....,  
(ΑΦΜ...../ΔΟΥ.....), συμφωνήθηκαν και έγιναν αμοιβαία  
αποδεκτά τα παρακάτω.

1. Οι συμβαλλόμενοι συμφώνησαν να συστεγασθούν, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 4 παρ. 1, περ. ε' του Π.Δ. 84/2001 (ΦΕΚ. 70/10-4-01) όπως ισχύει, σε διαμέρισμα το οποίο βρίσκεται στον ..... όροφο της κείμενης στ.....  
(περιοχή/πόλη) και επί της οδού ..... αρ.....,  
συνολικού εμβαδού..... τ.μ.

2. Προς τούτο, .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*(αναφέρετε εάν είναι μίσθιο ή ιδιοκτησία ενός εκ των συμβαλλομένων κλπ και τους όρους της μεταξύ σας συμφωνίας π.χ. .... μίσθωσαν το άνω διαμέρισμα και έκαστος των συμβαλλομένων θα καταβάλλει το ήμισυ του μισθώματος και των λοιπών επιβαρύνσεων του μισθίου όπως ΔΕΗ, ΟΤΕ, Κοινόχρηστα κλπ).*

3. Το ιατρείο του κ .....αποτελείται από  
τους κάτωθι χώρους: (περιγράφεται αναλυτικά τα τετραγωνικά των χώρων)  
.....  
.....

- .....  
.....
4. Το ιατρείο του κ ..... αποτελείται από τους κάτωθι χώρους: (περιγράφεται αναλυτικά τα τετραγωνικά των χώρων)

- .....  
.....  
.....  
.....
5. Μεταξύ των συμβαλλομένων δεν υφίσταται εταιρική σχέση. Ο κάθε συμβαλλόμενος ιατρός θα ασκεί το επάγγελμά του ατομικά, για ίδιον λογαριασμό, σε χρόνο υποδοχής των ασθενών του, που ο ίδιος ελεύθερα θα καθορίζει και θα χρησιμοποιεί δικό του εξοπλισμό και ιατρείο.
6. Ουδεμία άλλη οικονομική σχέση ή εξάρτηση υφίσταται μεταξύ των συμβαλλομένων.
7. Οι συμβαλλόμενοι θα λάβουν τις προβλεπόμενες βεβαιώσεις λειτουργίας ιατρείων και θα τηρούν τις κείμενες διατάξεις για άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας.

Το παρόν αυτό συντάχθηκε και αναγνώσθηκε, υπογράφεται νόμιμα σε τρία (3) όμοια πρωτότυπα, εκ των οποίων έλαβαν από δύο ο κάθε συμβαλλόμενος, ενώ το τρίτο θα κατατεθεί στον Ιατρικό Σύλλογο Πατρών.

#### **ΟΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ**

Χρειάζεται θεώρηση γνησίου υπογραφών από ΑΣ. Τμήμα ή οποιαδήποτε άλλη Δημόσια Αρχή.