

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑΣ

(μία ανά σύστημα, σύμφωνα με την Υ.Α. ΔΥΓ2/Γ.Π. οικ. 154949/ΦΕΚ 1918/τ. Β'/10-12-2010)

ΠΡΟΣ : Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ/ ΠΕ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ & ΣΠΟΡΑΔΩΝ

Στο πλαίσιο των διατάξεων της Υ.Α. ΔΥΓ2/Γ.Π.οικ.154949/2010, όπως ισχύει, παρακαλώ όπως:

	Σημειώστε ανάλογα	Είδος συστήματος
Χορηγήσετε άδεια σκοπιμότητας εγκατάστασης συστήματος		
Τροποποιήσετε την υπ' αριθμ πρωτ./././201.. άδεια σκοπιμότητας συστήματος λόγω αλλαγής έδρας εντός της ίδιας πληθυσμιακής μονάδας		
Χορηγήσετε άδεια σκοπιμότητας μετεγκατάστασης συστήματος εκτός της ίδιας πληθυσμιακής μονάδας		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΜΕΝΟΥ ΦΟΡΕΑ

Επωνυμία φορέα:					
Διακριτικός τίτλος:					
Νομική μορφή: ¹				ΑΦΜ:	
Δραστηριότητα φορέα: ²					
Οδός:		Αριθμός:		Τ.Κ.	
Δήμος:					

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΦΟΡΕΑ

Όνοματεπώνυμο:					
Α.Δ.Τ.:		Ημερ. Έκδοσης:		Εκδ. Αρχή:	
Τηλέφωνο σταθερό:			Τηλέφωνο κινητό:		
FAX:		e-mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΜΕΝΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ

Είδος:				
Κατασκευάστρια εταιρεία:				
Τύπος:		Έτος κατασκευής:		

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ

Προσωπικό	Αριθμός
Ιατρικό	
Ακτινοφυσικοί ιατρικής	
Παραϊατρικό	
Λοιπό επιστημονικό	
Που πρόκειται να προσληφθεί	
Σύνολο	

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ (Αριθμούνται ανάλογα)

A/α	Θέμα εγγράφου	Φύλλα
	Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος φυσικού προσώπου ³	
	Αντίγραφο άδειας ίδρυσης και λειτουργίας εργαστηρίου εάν ο αιτών είναι νομικό πρόσωπο που ήδη λειτουργεί ακτινολογικό εργαστήριο ενώ σε περίπτωση νέου εργαστηρίου καταστατικό της εταιρείας ⁴	
	Στην περίπτωση κλινικής και για την εξαίρεση από το κριτήριο της πληθυσμιακής κάλυψη: Άδεια λειτουργίας της κλινικής	
	Επιχειρηματικό σχέδιο	
	Επάρκεια υποδομών εργαστηρίου (κτιριακών, μηχανολογικών κλπ.)	
	Ακριβής περιγραφή των τεχνολογικών χαρακτηριστικών του προτεινόμενου μηχανήματος	
	Βεβαίωση του κατασκευαστή ή της θυγατρικής εταιρείας ή του επισήμου αντιπροσώπου που θα αναφέρει ότι: α) το προς εγκατάσταση μηχάνημα βρίσκεται στην γραμμή παραγωγής του κατασκευαστή ή/και β) Ο προτεινόμενος εξοπλισμός έχει πιστοποιημένη κάλυψη με ανταλλακτικά για τα επόμενα 10 χρόνια	
	Επιστημονική επάρκεια προσωπικού (Εκπαίδευση, εμπειρία) ⁵	
	Δήλωση αναφορικά με το προσωπικό που απασχολείται ή πρόκειται να προσληφθεί στο εργαστήριο.	
	Απαιτούμενα στοιχεία του άρθρου 8 της ΔΥΓ2/154949/2010 Υ.Α. , όπως ισχύει	
	Για την περίπτωση αίτησης για αλλαγή έδρας συστήματος εντός της ίδιας πληθυσμιακής μονάδας: αντίγραφο της άδειας σκοπιμότητας που πρέπει να βρίσκεται σε ισχύ	
	Για την περίπτωση αίτησης για άδεια σκοπιμότητας μετεγκατάστασης συστήματος εκτός της ίδιας πληθυσμιακής μονάδας: αντίγραφο της ισχύουσας ειδικής άδειας λειτουργίας	
	Για την περίπτωση υπαγωγής στις διατάξεις της παρ.7 του άρθρου της ΔΥΓ2/154949/2010 Υ.Α.: Υπεύθυνη δήλωση ότι « δεν διαθέτω σε ισχύ ή δεν έχω υλοποιήσει σε όλη την Επικράτεια άδεια σκοπιμότητας εγκατάστασης εξοπλισμού του τύπου που αιτούμαι με την παρούσα»	

Ημερομηνία..... /.../.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

1 Συμπληρώνεται η νομική μορφή του φορέα όπως π.χ. Α.Ε., Ο.Ε. κλπ

2 Συμπληρώνεται η δραστηριότητα του φορέα όπως π.χ. Ιδιωτικό Διαγνωστικό, Πολυϊατρείο κλπ.

3 Υποβάλλεται εφόσον ο αιτών φορέας είναι φυσικό πρόσωπο

4 Υποβάλλεται εφόσον ο αιτών φορέας είναι νομικό πρόσωπο

5 α) Για την περίπτωση αίτησης οδοντίατρου για χορήγηση άδειας σκοπιμότητας ορθοπαντογράφου απόδειξη εκπαίδευσης στην οδοντιατρική ακτινολογία (παρ. 3.4.1.2 Κανονισμών Ακτινοπροστασίας)

β) Για την περίπτωση ακτινοφυσικού ιατρικής : άδεια ασκήσεως επαγγέλματος εντός ή/και εκτός περιοχής ιοντιζουσών ακτινοβολιών ανάλογα με το μηχάνημα