**ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΚΕΝΤΡΟΥ Α-Α**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Προς: ΕΟΠΥΥ** |
|  | **Α.Π.:** |

Το κάτωθι Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης (ΚΑΑ) Ανοιχτής ή/και Κλειστής Νοσηλείας

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΑ** |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ****(ΕΔΡΑΣ)** |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΚΑΑ** |  |
| **ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΚΑΑ** |  |
| **ΑΦΜ** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** |  | **ΔΟΥ** |  |
| **ΠΟΛΗ** |  |
| **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** |  | **ΤΚ** |  | **ΝΟΜΟΣ** |  |
| **EMAIL** |  |

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ** |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** |  |
| **ΑΦΜ** |  | **ΔΟΥ** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** |  |
| **ΠΟΛΗ** |  | **ΤΚ** |  | **ΝΟΜΟΣ** |  |
| **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** |  |
| **EMAIL** |  |

ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ, ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ\* ΤΑ ΕΞΗΣ:

\*(να σημειωθεί με Χ το αντίστοιχο πεδίο των υποβληθέντων δικαιολογητικών

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Άδεια λειτουργίας 2. Βεβαίωση καλής λειτουργίας σε ισχύ ή πρόσφατη Έκθεση Αξιολόγησης  |  |
| 3.Υπεύθυνη Δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου σύμφωνα με το υπόδειγμα- περί μη καταδίκης |  |
| 4.ΓΕ.Μ.Η.: πιστοποιητικό εκπροσώπησης και πρόσφατο καταστατικό της εταιρείας |  |
| 5.Υπεύθυνη Δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου περί μη μεταβολής στοιχείων σύμφωνα με το υπόδειγμα (σε περίπτωση που δεν έχουν υποστεί μεταβολή τα νομιμοποιητικά έγγραφα της εταιρείας) |  |
| 6.Πιστοποιητικό Ιατρικού Συλλόγου του Επιστημονικά Υπεύθυνου (τρέχοντος έτους) |  |
| 7.Πιστοποιητικά ποιότητας (εφόσον υπάρχουν)  |  |

Ημερομηνία: ……/…./…….

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και Σφραγίδα)