### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Διεύθυνση Συμβάσεων /Τμήμα Συμβάσεων Παρόχων ΔΦΥ** | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | Τηλ: | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | | |

Ο κάτωθι υπογράφων ως **νόμιμος εκπρόσωπος** της Μ.Η.Ν:

με την επωνυμία:…………………………………………………………………………………………………………..……,

Διακριτικό Τίτλο: …………………………………………………………………………………………………………..……,

ΑΦΜ:……………………………, ΔΟΥ:…………………………., η οποία λειτουργεί στη Δ/ΝΣΗ:……………………………………., ΑΡΙΘΜΟΣ:……………….., Τ.Κ.:……………….., ΠΟΛΗ:……………………………….., ΤΗΛ.:…………………………………………

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις(3) που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρ.22 του Ν.1599/1986 δηλώνω ότι: |

* Η Μ.Η.Ν διαθέτει τον απαραίτητο εξοπλισμό, προκειμένου ο επιστημονικά υπεύθυνος ιατρός της Μονάδας (Ονοματεπώνυμο:……………………………………………………………, με αριθμό Μητρώου Ε.Φ.Κ.Α .…………………) να εκτελεί σύμφωνα με την επιστημονική του ειδικότητα όλες τις ιατρικές πράξεις/χειρουργικές επεμβάσεις που περιλαμβάνονται στην άδεια λειτουργίας της που βρίσκεται σε ισχύ.
* Δεν παρέχονται υπηρεσίες για τις οποίες η Μ.Η.Ν. στερείται του απαραίτητου εξοπλισμού ή/και των απαιτούμενων αδειών.
* Η Μ.Η.Ν δεν διαθέτει κλίνες νοσηλείας και δεν διανυκτερεύουν ασθενείς στη Μ.Η.Ν.
* Δεν λειτουργεί διαγνωστικό εργαστήριο (βιολογικών υλικών, απεικονίσεων και πυρηνικής ιατρικής) εντός της Μ.Η.Ν.
* Η Μ.Η.Ν δε συστεγάζεται με φορέα παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας Υγείας, ούτε με ιδιωτικό φορέα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διαφορετικής ειδικότητας με αυτήν ή με αυτές που αναπτύσσει η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας, σύμφωνα με τις Υπουργικές αποφάσεις των παρ. 5 και 6 του αρ. 33 του Ν..4025/2011.
* Το ωράριο λειτουργίας της Μ.Η.Ν είναι :……………………………………………………………………………..

Ημερομηνία: ……/…./20…

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και Σφραγίδα)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.