**ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ Θ.Χ.Π.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ Θ.Χ.Π.** | | | | | |
| **ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΛΟΓΩ:** | | | | | |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ** |  | | | | |
| **ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ** |  | | | | |
| **ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΔΟΜΗΣ** |  | | | | |
| **Α.Φ.Μ.** |  | | | **Δ.Ο.Υ.** |  |
| **ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ ΕΔΡΑΣ/ΦΟΡΕΑ** |  | **ΤΚ** |  | **ΠΟΛΗ** |  |
| **ΝΟΜΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ** | **Ν.Π.Δ.Δ.**  **Ν.Π.Ι.Δ. – ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ** | | | | |
| **ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ** |  | | | **ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ**  **(κατά την υποβολή αίτησης)** |  |
| **ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ ΔΟΜΗΣ** |  | **ΤΚ** |  | **ΠΟΛΗ** |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚ. ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ** |  | | | | |
| **EMAIL** |  | | | **ΤΗΛ.** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ** | | | | | |
| **ΟΝΟΜΑ** |  | | | | |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  | | | | |
| **ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** |  | | | | |
| **ΑΦΜ** |  | | | **Δ.Ο.Υ.** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** |  | | | | |
| **ΠΟΛΗ** |  | **ΤΚ** |  | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ** |  |
| **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** |  | | | | |
| **EMAIL** |  | | | | |

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:**

1. Συστατικά έγγραφα του φορέα:

Έγγραφα που αποδεικνύουν την εκπροσώπηση / Απόφαση ΔΣ του Φορέα για τον ορισμό του νόμιμου εκπροσώπου / Πρακτικό Δ.Σ. του φορέα

Καταστατικό / εσωτερικός κανονισμός / οργανισμός

2. Άδειες:

Α. Τροποποίηση Άδειας λειτουργίας από την οικεία Περιφέρεια

Β. Έκθεση ελέγχου καλής λειτουργίας Θ.Χ.Π. από την οικεία Περιφέρεια

Γ. Πιστοποίηση του άρθρου 5 του ν. 2646/1998, η οποία βρίσκεται σε ισχύ. Στην περίπτωση που έχει λήξει, αρκεί να έχει υποβληθεί εγκαίρως αίτημα ανανέωσής της και να μην έχει απορριφθεί. *(Ισχύει για τους φορείς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα)*

3. Λοιπά δικαιολογητικά:

Α. Στοιχεία Μητρώου ή Βεβαίωση εγκαταστάσεων εσωτερικού από την αρμόδια Δ.Ο.Υ. (ΑΑΔΕ)

Β. Πιστοποιητικό εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο υπεύθυνου ιατρού του Θεραπευτηρίου τρέχοντος έτους

Γ. Πιστοποιήσεις ποιότητας που διαθέτει το Θ.Χ.Π. (προαιρετικά)

4. Υπεύθυνες δηλώσεις (μέσω gov.gr ή με θεώρηση για το γνήσιο της υπογραφής):

Α. Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου του β’ συμβαλλόμενου περί μη καταδίκης

|  |
| --- |
| Γ. Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου του β’ συμβαλλόμενου με:  -τα στοιχεία του υπεύθυνου ιατρού της δομής,  -τον αριθμό των αδειοδοτημένων κλινών και την πληρότητα (αριθμός διαμενόντων) κατά την υποβολή της αίτησης |
| Δ. Υ/Δ στην οποία δηλώνει ότι δεν λαμβάνει χρηματοδότηση από ευρωπαϊκούς πόρους για την ίδια υπηρεσία |

Β. Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου του β’ συμβαλλόμενου περί μη μεταβολής νομιμοποιητικών εγγράφων.

Ημερομηνία: ……/…./…….

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και Σφραγίδα)