**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΑΨΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ Κ.Δ.- Η.Φ.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ Κ.Δ.Η.Φ.** | | | | | |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ / ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ** |  | | | | |
| **ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ** |  | | | | |
| **ΝΟΜΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ** | **Ν.Π.Δ.Δ.**  **Ν.Π.Ι.Δ.**  **Ν.Π.Ι.Δ. – ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ** | | | | |
| **Α.Φ.Μ.** |  | | | **Δ.Ο.Υ.** |  |
| **ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ ΕΔΡΑΣ/ΦΟΡΕΑ** |  | **ΤΚ** |  | **ΠΟΛΗ** |  |
| **ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΔΟΜΗΣ** |  | | | | |
| **Κ.Δ.Η.Φ. ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ:** | **ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**  **ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**  **ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**   **ΜΕΙΚΤΑ Κ.Δ.-Η.Φ.** | | | | |
| **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:

Α. Καταστατικό / ΦΕΚ σύστασης

Β. Βεβαίωση Γ.Ε.ΜΗ. (πιστοποιητικό εκπροσώπησης) / Απόφαση ΔΣ του Φορέα για τον ορισμό του νόμιμου εκπροσώπου

Γ. Κανονισμός εσωτ. λειτουργίας / Οργανισμός του Φορέα

2. Άδειες:

Α. Άδεια λειτουργίας από την οικεία Περιφέρεια

Β. Έκθεση ελέγχου από την οικεία Περιφέρεια

Γ. Βεβαίωση εγγραφής στο Εθνικό Μητρώο Ιδιωτικών Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας του άρθρου 7 του ν. 4455/2017 (Α’ 22) *(Ισχύει για τους φορείς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα).*

Δ. 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. Βεβαίωση για την απαλλαγή της παρακράτησης φόρου κατά την παροχή υπηρεσιών του φορέα προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Ν.4172/2013, ΠΟΛ 1120/2014) από την αρμόδια Δ.Ο.Υ. *(Ισχύει για τους φορείς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα)*

Γ. Πιστοποιητικό εγγραφής του τρέχοντος έτους στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο για τον υπεύθυνο ιατρό της δομής

Δ. Πτυχίο του επιστημονικά υπεύθυνου της δομής

Στ. Πιστοποιήσεις ποιότητας που διαθέτει το Κ.Δ.Η.Φ. (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

Β. Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου του β’ συμβαλλόμενου όπου δηλώνονται:

-τα στοιχεία του επιστημονικά υπεύθυνου της δομής

-τα στοιχεία του υπεύθυνου ιατρού της δομής

- η πληρότητα κατά την υποβολή της αίτησης

- η πραγματική διάρκεια λειτουργίας του φορέα

-ο τραπεζικός λογαριασμός του φορέα (IBAN) και τα στοιχεία του διαχειριστή του λογαριασμού

Γ. Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου του β’ συμβαλλόμενου περί ευρωπαϊκής χρηματοδότησης.

Ημερομηνία: ……/…./…….

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και Σφραγίδα)