**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)