**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΑΨΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ Μ.Φ.Η.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Προς: Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** |
|  | **Α.Π.:** |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ Μ.Φ.Η.** |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ**  |  |
| **ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ** |  |
| **ΑΦΜ** |  | **Δ.Ο.Υ.** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** |  |
| **ΠΟΛΗ** |  | **ΤΚ** |  | **ΝΟΜΟΣ** |  |
| **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 1** |  | **ΤΗΛ. ΕΠΙΚ. 2** |  |
| **EMAIL** |  |

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

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Συστατικά έγγραφα του φορέα:
 |  |
| Α. Καταστατικό  |  |
| Β. Δικαιολογητικά έναρξης λειτουργίας από τα οποία να προκύπτει ότι επιτρέπεται η παροχή υπηρεσιών κλειστής κοινωνικής φροντίδας |  |
| 1. Έγγραφα που αποδεικνύουν την εκπροσώπηση:

Πρακτικό Δ.Σ. του φορέα/καταστατικό |  |
| 3. Άδειες: |  |
| Α. Άδεια λειτουργίας από την οικεία Περιφέρεια (στην περίπτωση των Ν.Π.Δ.Δ. βεβαίωση της Διοίκησης του εκάστοτε φορέα περί της παροχής υπηρεσιών κλειστής φροντίδας) |  |
| Β. 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  |  |
| Γ. Έκθεση ελέγχου καλής λειτουργίας Μ.Φ.Η. από την οικεία ΠεριφέρειαΔ. Κανονισμός εσωτερικής λειτουργίας4. Λοιπά δικαιολογητικά:Α. βεβαίωση εσωτερικών εγκαταστάσεων από την αρμόδια Δ.Ο.Υ.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.Γ. πιστοποιητικό εγγραφής υπεύθυνου ιατρού της Μονάδας στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο του τρέχοντος έτουςΔ. πιστοποιήσεις Ποιότητας που διαθέτει η Μ.Φ.Η. (προαιρετικά) |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 5. Υπεύθυνες δηλώσεις (μέσω gov.gr ή με 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 με: -τα στοιχεία του υπεύθυνου ιατρού της δομής, -τον αριθμό των αδειοδοτημένων κλινών και την πληρότητα (αριθμός διαμενόντων) κατά την υποβολή της αίτησης και τα -στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού του φορέα (IBAN) και του διαχειριστή του λογαριασμού |  |
| Γ. Υ/Δ στην οποία δηλώνει ότι δεν λαμβάνει χρηματοδότηση από ευρωπαϊκούς πόρους για την ίδια υπηρεσία |  |

Ημερομηνία: ……/…./…….

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και Σφραγίδα)