**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Έντυπο Αίτησης για Αναγνώριση Εθνικού Κλινικού Κέντρου Αριστείας ή  Εθνικού Κλινικού Κέντρου Αναφοράς | | |
|  |  |  |
| Μέρος Α: Πληροφορίες Παρόχου Υπηρεσιών Υγείας | | |
|  | | |
| 1. | Όνομα Παρόχου: ………………………  Ταχυδρομική Διεύθυνση:…………………………….  Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:……………………….. | |
|  |  |  |
| 2. | Τμήμα/Κλινική/Μονάδα : ……………………………………………. | |
|  |  | |
| 3. | Γενικός Διευθυντής Παρόχου:  Ονοματεπώνυμο: ………………………  Τηλέφωνο:…………………………….  Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:……………………….. | |
|  |  | |
| 4. | Υπεύθυνος Ελέγχου Δεδομένων: ……………………………………….  Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:……………………….. | |
|  |  | |
| 5. | Λεπτομέρειες Κοινοπραξίας Συνεργασίας  Τμήμα/Κλινική/Μονάδα άλλων Παρόχων με τους οποίους γίνεται η κοινοπραξία: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………  (Να υποβληθεί υπογεγραμμένο και σφραγισμένο το αντίγραφο του Συμφωνητικού Συνεργασίας) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Μέρος Β: Τομέας Εμπειρογνωμοσύνης Παρόχου Υπηρεσιών Υγείας | | |
|  |  | |
| 1. | Περιγραφή τομέα Εμπειρογνωμοσύνης και συνεισφοράς του Παρόχου (το μέγιστο 500 λέξεις)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
|  |  |  |
| 2 | Είδος υπηρεσιών που καλύπτονται από τον Πάροχο εντός του συγκεκριμένου τομέα εμπειρογνωμοσύνης (Επιλέξτε ότι ισχύει/ουν).  ☐ Πρόληψη  ☐ Οξεία Περίθαλψη  ☐ Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας  ☐ Διαγνωστικές Υπηρεσίες  ☐ Παρεμβατικές Θεραπευτικές Υπηρεσίες  ☐ Υπηρεσίες Αποκατάστασης  ☐ Υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας  ☐ Υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδας  ☐ Άλλο: | |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Μέρος Γ: Συμφωνητικό και Υπογραφές |
|  |
| Έχοντας διαβάσει τη διαδικασία που δημοσίευσε το Υπουργείο Υγείας για Αναγνώριση Κλινικών Εθνικών Κέντρων Αριστείας / Εθνικών Κλινικών Κέντρων Αναφοράς[[1]](#footnote-1) για σπάνιες ή σύνθετες παθήσεις, συνθήκες ή παρεμβάσεις υψηλής εξειδίκευσης, καθώς και το παρών έντυπο αίτησης, Εγώ, ο υπογράφων:  ………………………………………………………… (ονοματεπώνυμο παρόχου),  υπό την αρμοδιότητά μου ως: ……………………………………………………..  Επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στο παρόν Έντυπο Αίτησης είναι ορθές.  Υπογράφηκε: …………………………………………………………(τόπος)  Στις: ……………………………………………………………..(ημερομηνία)  Ονοματεπώνυμο Γενικού Διευθυντή:…………………………………………………………………  Υπογραφή: ……………………………………………………………………..  Ονοματεπώνυμο Αντιπροσώπου Παρόχου Υπηρεσιών Υγείας: ………………………………………..  Υπογραφή:……………………………………………….. |

1. *να διαγραφεί ότι δεν ισχύει* [↑](#footnote-ref-1)