**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

|  |
| --- |
| Έντυπο Α: Αίτηση για Αναγνώριση Εθνικού Κλινικού Κέντρου Αριστείας και Εθνικού Κλινικού Κέντρο Αναφοράς για πάροχο που συμμετέχει ήδη σε Ευρωπαϊκό Δίκτυο Αναφοράς (ΕΔΑ) ως Πλήρης Μέλος ή ως Συνδεδεμένο Μέλος, αντίστοιχα |
|  |  |  |
| 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: |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ΜΕΡΟΣ Γ: Συμμετοχή σε Ευρωπαϊκά Δίκτυα Αναφοράς  |
|  |
| 1. | Τίτλος Δικτύου:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |
| 2. | Είδος Πάθησης:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |
| 3. | Καθεστώς Συμμετοχής(παρακαλώ επιλέξτε)Πλήρες Μέλος Συνδεδεμένο Μέλος  |
|  |  |
| 4.  | Ημερομηνία αποδοχής στο Δίκτυο:……………………………………………… |
|  |  |
| 5. | Ημερομηνία Επαναξιολόγησης σε επίπεδο ΕΔΑ:(*σε επίπεδο που υπάρχει τέτοια πληροφόρηση*)………………………………………………………. |
|  |  |
| *Για το ΜΕΡΟΣ Γ να επισυναφθούν:** *η επιστολή αποδοχής από ΕΔΑ με εμφανή την ημερομηνία αποδοχής στο ΕΔΑ ,*
* *η Εθνική Υποστηρικτική επιστολή που δόθηκε από το Υπουργείο Υγείας*
 |

|  |
| --- |
| Μέρος Δ: 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)