**ΣΧΕΔΙΟ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ**

##### Επιχείρησης

|  |  |
| --- | --- |
| Επωνυμία Νοσηλευτηρίου: |  |
| Αρ. Μητρώου Άδειας Λειτουργίας: |  |
| Ημερομηνία Έκδοσης: |  |
| Διεύθυνση: |  |

1. **Στοιχεία Επικοινωνίας Επιχείρησης**

|  |  |
| --- | --- |
| Διεύθυνση Επιχείρησης: |  |
| Σταθερό Τηλέφωνο: |  |
| Κινητό Τηλέφωνο: |  |
| Δ/νση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (Email): |  |

1. **Πρόσθετα Στοιχεία Επιχείρησης**

|  |  |
| --- | --- |
| Α.Φ.Τ: |  |
| Αρ. ΦΠΑ: |  |
| Είδος Οντότητας: | Επιλέξετε:  Φυσικό Πρόσωπο  Νομικό Πρόσωπο |
| Κατηγορία Νοσηλευτηρίου: | Επιλέξετε:  Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο  Κλινική:  Κλινική  Κλινική Ημερήσιας Νοσηλείας |
| Εμπορική Επωνυμία: |  |
| Αριθμός Εγγραφής Ε.Ε.: |  |
| Ημερομηνία Ίδρυσης: |  |

1. **Στοιχεία Νόμιμου Εκπροσώπου Επιχείρησης**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο Διευθυντή ή Εκπρόσωπο Νοσηλευτηρίου: |  |
| Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ή  Αρ. Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού (ARC): |  |
| Σχέση με το Νοσηλευτήριο: |  |
| Σταθερό Τηλέφωνο: |  |
| Κινητό Τηλέφωνο: |  |
| Δ/νση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (Email): |  |

1. **Στοιχεία Μεγέθους Επιχείρησης**

Σε περίπτωση μικρομεσαίας επιχείρησης (ΜμΕ) να συμπληρώνεται πρόσθετα η σχετική Υπεύθυνη Δήλωση (Παράρτημα IV).

|  |
| --- |
| Σύμφωνα με τη σύσταση Σύσταση της Επιτροπής της 6ης Μαΐου 2003 σχετικά με τον ορισμό των πολύ μικρών, μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων (αρ. 2003/361/ΕΚ) [[1]](#footnote-1):   1. Μεσαίου μεγέθους επιχειρήσεις, είναι αυτές που απασχολούν λιγότερους από 250 εργαζομένους, και των οποίων ο ετήσιος κύκλος εργασιών δεν υπερβαίνει τα 50 εκατομμύρια ευρώ ή το σύνολο του ετήσιου ισολογισμού δεν υπερβαίνει τα 43 εκατομμύρια ευρώ 2. Μικρές επιχειρήσεις είναι αυτές που απασχολούν λιγότερους από 50 εργαζομένους και της οποίας ο ετήσιος κύκλος εργασιών ή το σύνολο του ετήσιου ισολογισμού δεν υπερβαίνει τα 10 εκατομμύρια ευρώ   Για το έλεγχο των πιο πάνω ορίων θα πρέπει να αρθροίζονται τα αριθμητικά δεδομένα όλων των συνδεδεμένων ή/και συνεργαζόμενων επιχειρήσεων, όπως προνοεί η πιο πάνω σύσταση.  Βεβαιώνεται ότι η αιτήτρια επιχείρηση **εμπίπτει** στις Μικρομεσαίες επιχειρήσεις σύμφωνα με τη σύσταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της 6ης Μαΐου 2003 (2003/361/ΕΚ)  Μικρή Επιχείρηση (περιλ. πολύ μικρή επιχείρηση)  Μεσαία Επιχείρηση  Βεβαιώνεται ότι η αιτήτρια επιχείρηση **δεν εμπίπτει** στις Μικρομεσαίες επιχειρήσεις σύμφωνα με τη σύσταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της 6ης Μαΐου 2003 (2003/361/ΕΚ)  Μεγάλη Επιχείρηση |

1. **Ανάλυση Προτεινόμενης Επένδυσης**

|  |
| --- |
| 1. **Περιγραφή και Στόχοι**   (Περιγράψετε συνοπτικά την προτεινόμενη επένδυση και αναφέρεται τους κυριότερους στόχους. Σε περίπτωση που η επένδυση αφορά αντικατάσταση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, αναφέρεται την παλαιότητα του υφιστάμενου εξοπλισμού) |
|  |
| 1. **Επίπεδο Τεχνολογίας**   (Αναφέρετε το επίπεδο τεχνολογίας προτεινόμενης επένδυσης και ο βαθμός καινοτομίας/νέα τεχνολογία βιοϊατρικού εξοπλισμού) |
|  |
| 1. **Ανάλυση Αναγκαιότητας**   (Περιγράψετε συνοπτικά τις προσδοκίες από τη χρήση αναφορικά με το όφελος στην ανθρώπινη υγεία και τη βελτίωση των συνθηκών εξέτασης, θεραπείας και αποκατάστασης |
|  |
| 1. **Προοπτικές Προσέλκυσης Ασθενών**   (Περιγράψετε τη δυνατότητα προσέλκυσης ασθενών από το εξωτερικό μεμονωμένα ή στο πλαίσιο του ιατρικού τουρισμού) |
|  |
| 1. **Προβλεπόμενες Νέες Θέσεις Απασχόλησης**   (Αναφέρετε την αναμενόμενη συμβολή στην αύξηση θέσεων εργασίας) |
|  |

1. **Οικονομικά Στοιχεία Επιχείρησης**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Έτος** | **Δήλωση για το έτος** | **Ετήσιος Κύκλος Εργασιών (€)** | **Σύνολο Ετήσιου Ισολογισμού (€)** | **Αριθμός Απασχολουμένων (μέσος όρος έτους)** | **Είδος Παραστατικού Πιστοποίησης** |
| **2021** |  |  |  |  |  |
| **2020** |  |  |  |  |  |
| **2019** |  |  |  |  |  |

1. **Χρονικός Προγραμματισμός Προτεινόμενης Επένδυσης**

|  |  |
| --- | --- |
| Υπολογιζόμενος χρόνος έναρξης του έργου |  |
| Διάρκεια εκτέλεσης του έργου |  |
| Υπολογιζόμενος χρόνος ολοκλήρωσης του έργου |  |

1. **Προϋπολογισμός Προτεινόμενης Επένδυσης**

|  |  |
| --- | --- |
| Υπολογιζόμενη συνολική δαπάνη (χωρίς ΦΠΑ) | € |
| Υπολογιζόμενη χορηγία (βάσει κατά δήλωση προϋπολογισμού αίτησης/πρότασης) (χωρίς ΦΠΑ) | € |
| Ανάγκες πρόσθετης χρηματοδότησης μέσω ίδιας συμμετοχής | |
| 1. Ποσό που υπάρχει ή αναμένεται να εξασφαλιστεί από ιδία κεφάλαια του αιτητή/τριας (να επισυναφθεί σχετική κατάσταση λογαριασμού όπου να τεκμηριώνεται το διαθέσιμο ποσό) | € |
| 1. Ποσό που υπάρχει ή αναμένεται να εξασφαλιστεί με δανεισμό Τράπεζα (να επισυναφθεί σχετική ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ ΔΑΝΕΙΟΥ, όπου να τεκμηριώνεται το εγκεκριμένο ποσό, το ύψος του επιτοκίου και η μηνιαία δόση) | € |
| 1. Ποσό που υπάρχει ή αναμένεται να εξασφαλιστεί μέσω Τραπεζικής Διευκόλυνσης (να επισυναφθεί σχετική ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ ΤΡΑΠΕΖΙΚΗΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗΣ, όπου να τεκμηριώνεται το εγκεκριμένο ποσό, το ύψος του επιτοκίου και η μηνιαία δόση) | € |
| 1. Άλλο: Ποσό που υπάρχει ή αναμένεται να εξασφαλιστεί με δανεισμό από τρίτο φυσικό πρόσωπο ή από μετόχους της εταιρείας (να επισυναφθεί ξεχωριστή Υπεύθυνη Δήλωση/ Δέσμευση, στην οποία να αναφέρεται η πρόθεση των μετόχων για παραχώρηση ιδίων κεφαλαίων στην επιχείρηση, για χρηματοδότηση της προτεινόμενης επένδυσης) | € |
| Σύνολο ίδιας συμμετοχής | € |

1. **Οργάνωση και Διοίκηση της Επιχείρησης**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Επαγγελματική Εμπειρία Διευθυντικών Στελεχών και Χειριστών Ιατροτεχνολογικού Εξοπλοσμού**   (Αναφέρετε την επαγγελματική εμπειρία των διευθυντικών στελεχών και του προσωπικού από αντίστοιχα έργα ή άσκησης άλλης επιχειρηματικής δραστηριότητας) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Επίπεδο Εκπαίδευσης Προσωπικού**   (Αναφέρετε το επίπεδο εκπαίδευσης, κατάρτισης και επιμόρφωσης των χειριστών του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Επίπεδο Εκπαίδευσης Συντηρητών**   (Αναφέρετε το επίπεδο εμπειρίας και εκπαίδευσης των συντηρητών του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Σε περίπτωση που η συντήρηση θα πραγματοποιείται από ανάδοχο συντηρητή θα πρέπει να διαθέτει προσωπικό με αποδεδειγμένη εμπειρία και εκπαίδευση) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Διαθεσιμότητα αναλωσίμων υλικών και ανταλλακτικών**   (Δηλώστε τη δυνατότητα διαθεσιμότητας αναλωσίμων υλικών και ανταλλακτικών για μία δεκαετία) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Τόπος εγκατάστασης επένδυσης**   (Δηλώστε τον χώρο/χώρους εγκατάστασης της προτεινόμενης επένδυσης. Αναφέρετε τα μέτρα πρόληψης και προστασίας προσώπων στον χώρο εργασίας όπως για παράδειγμα από κίνδυνους έκθεσης σε ιονίζουσα ακτινοβολία) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Μέτρα για την προστασία του περιβάλλοντος και εξοικονόμησης νερού και ενέργειας**   (Δηλώστε τις επιπτώσεις της νέας επένδυσης α) στην αποφυγή ρύπανσης εντός του χώρου λειτουργίας της επιχείρησης, β) στην προστασία του περιβάλλοντος και γ) στην εξοικονόμηση νερού και ενέργειας) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Ενεργειακή Επισήμανση Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού** | | | | | | | | | | | | | |
| Παρακαλώ επιλέξτε | | | | | | | | | | | | | |
|  | A |  | B |  | C |  | D |  | E |  | F |  | G |

1. **Κρατική Ενίσχυση**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Έχετε λάβει οποιαδήποτε κρατική ενίσχυση (χορηγία) τα τελευταία τρία (3) έτη;  (σε περίπτωση που έχετε λάβει κρατική ενίσχυση δηλώστε «ΝΑΙ» και συμπληρώστε τον πιο κάτω πίνακα) | | | **ΝΑΙ** |  |
| **ΌΧΙ** |  |
| Στοιχεία Κρατικών Ενισχύσεων | | | | |
| 1. | Φορέας Χορήγησης της Ενίσχυσης |  | | |
| Σχέδιο / Πρόγραμμα / Προκήρυξη |  | | |
| Κανονισμός ενίσχυσης που εφαρμόζει | Επιλέξετε:  De Minimis  Γενικός Απαλλακτικός  Άλλο (παρακαλώ συμπληρώστε) | | |
| Περιγραφή επένδυσης |  | | |
| Ημερομηνία εγκριτικής απόφασης (έτος) |  | | |
| Εγκριθέν ποσό ενίσχυσης | € | | |
| Τρέχουσα φάση εξέλιξης του έργου | Επιλέξετε:  Ολοκληρώθηκε  Σε εξέλιξη  Ακυρώθηκε / Αποσύρθηκε | | |
| Ποσό που πληρώθηκε (μόνο όπου έγινε ΤΕΛΙΚΗ ΠΛΗΡΩΜΗ) | € | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. | Φορέας Χορήγησης της Ενίσχυσης |  |
| Σχέδιο / Πρόγραμμα / Προκήρυξη |  |
| Κανονισμός ενίσχυσης που εφαρμόζει | Επιλέξετε:  De Minimis  Γενικός Απαλλακτικός  Άλλο (παρακαλώ συμπληρώστε) |
| Περιγραφή επένδυσης |  |
| Ημερομηνία εγκριτικής απόφασης (έτος) |  |
| Εγκριθέν ποσό ενίσχυσης | € |
| Τρέχουσα φάση εξέλιξης του έργου | Επιλέξετε:  Ολοκληρώθηκε  Σε εξέλιξη  Ακυρώθηκε / Αποσύρθηκε |
| Ποσό που πληρώθηκε (μόνο όπου έγινε ΤΕΛΙΚΗ ΠΛΗΡΩΜΗ) | € |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. | Φορέας Χορήγησης της Ενίσχυσης |  |
| Σχέδιο / Πρόγραμμα / Προκήρυξη |  |
| Κανονισμός ενίσχυσης που εφαρμόζει | Επιλέξετε:  De Minimis  Γενικός Απαλλακτικός  Άλλο (παρακαλώ συμπληρώστε) |
| Περιγραφή επένδυσης |  |
| Ημερομηνία εγκριτικής απόφασης (έτος) |  |
| Εγγκριθέν ποσό ενίσχυσης | € |
| Τρέχουσα φάση εξέλιξης του έργου | Επιλέξετε:  Ολοκληρώθηκε  Σε εξέλιξη  Ακυρώθηκε / Αποσύρθηκε |
| Ποσό που πληρώθηκε (μόνο όπου έγινε ΤΕΛΙΚΗ ΠΛΗΡΩΜΗ) | € |

1. **Επιλογή Κατηγορίας Επένδυσης και Καθεστώτος Ενίσχυσης για παραχώρηση της Χορηγίας**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Επιλέξετε: | Αγορά νέου/καινούργιου Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού με σκοπό την: | |
| κάλυψη ανάγκης πρόσθετου εξοπλισμού | αντικατάσταση υφιστάμενου εξοπλισμού |
| Κανονισμός 1407/2013 (De Minimis) |  |  |
| Κανονισμός 651/2014 (Γενικός Απαλλακτικός) |  | Δ/Ε |

1. **Δήλωση «Μη Προβληματικής Επιχείρησης»**

|  |
| --- |
| Βεβαιώνεται ότι η αιτήτρια επιχείρηση δεν εμπίπτει στην έννοια της προβληματικής επιχείρησης όπως ορίζεται στις Κατευθυντήριες Γραμμές σχετικά με τις κρατικές ενισχύσεις για τη διάσωση και αναδιάρθρωση προβληματικών επιχειρήσεων (2014/C 249/01)  Ναι  Όχι |

1. **Τήρηση Εθνικών και Ενωσιακών Κανόνων**

|  |  |
| --- | --- |
| Υπεύθυνη δήλωση αιτητή/δυνητικού δικαιούχου για τήρηση/δέσμευση τήρησης Εθνικών και Ενωσιακών Κανόνων (επιλέξετε ότι ισχύει | |
|  | Τήρηση / δέσμευσης τής Εθνικής Νομοθεσίας και των Κοινοτικών Κανόνων για το περιβάλλον |
|  | Τήρηση / δέσμευσης των Κανονισμών δημοσιότητας και πληροφόρησης |

1. **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ**

Επιβεβαιώστε, σημειώνοντας Χ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι, ότι επισυνάπτονται στην αίτηση σας τα πιο κάτω έγγραφα/στοιχεία

|  |  |
| --- | --- |
|  | Άδεια λειτουργίας σύμφωνα με τον Περί Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (Έλεγχος Ίδρυσης και Λειτουργίας) Νόμο του 2001 και κανονισμούς, όπως αυτοί εκάστοτε τροποποιούνται από την Αρμόδια Αρχή |
|  | Ελεγμένες Οικονομικές καταστάσεις των τελευταίων τριών οικονομικών ετών και βεβαίωση από εγκεκριμένο λογιστή ότι η επιχείρηση είναι οικονομικά βιώσιμη και δεν είναι προβληματική |
|  | Γραπτή Δήλωση που εκδίδεται δυνάμει του κανονισμού 3(2) των Περί Ελέγχου των Κρατικών Ενισχύσεων (Ενισχύσεις Ήσσονος Σημασίας) Κανονισμών 2009 και 2012 (**Παράρτημα ΙΙ**) |
|  | Υπεύθυνη Δήλωση Ενιαίας Επιχείρησης δυνάμει των άρθρων 107 και 108 της Συνθήκης για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις Ενισχύσεις Ήσσονος Σημασίας (**Παράρτημα ΙΙΙ**) |
|  | Πιστοποιητικό Σύναψης Συμβολαίου με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας |
|  | Υπεύθυνη δήλωση μικρομεσαίων επιχειρήσεων στην περίπτωση που η επιχείρηση θα λάβει χρηματοδότηση με βάση τον Κανονισμό (ΕΕ) αριθ. 651/2014 (**Παράρτημα IV**) |
|  | Η εργασιακή εμπειρία των διευθυντικών στελεχών και χειριστών ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού τεκμηριώνεται, όπου είναι δυνατό, με σχετικές βεβαιώσεις / επιστολές προηγούμενων εργοδοτών ή και άλλα αποδεικτικά στοιχεία. |
|  | Είδος Παραστατικού Τεκμηρίωσης (παρακαλώ συμπληρώστε) |
|  | Η επιστημονική/τεχνική επάρκεια των χειριστών του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού τεκμηριώνονται με τίτλους σπουδών και άλλα παραστατικά όπως για παράδειγμα βεβαιώσεις/πιστοποιητικά αποδεδειγμένης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης |
|  | Είδος Παραστατικού Τεκμηρίωσης (παρακαλώ συμπληρώστε) |
|  | Η επιστημονική/τεχνική επάρκεια των συντηρητών του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού τεκμηριώνονται με τίτλους σπουδών και άλλα παραστατικά όπως για παράδειγμα βεβαιώσεις/πιστοποιητικά αποδεδειγμένης εμπειρίας και εκπαίδευσης/επιμόρφωσης από την κατασκευάστρια εταιρεία |
|  | Είδος Παραστατικού Τεκμηρίωσης (παρακαλώ συμπληρώστε) |
|  | Πιστοποιητικά Συμμόρφωσης σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2017/745 ή τον Κανονισμό (ΕΕ) 2017/746 |
|  | Η διαθεσιμότητα αναλώσιμων υλικών καθώς και ανταλλακτικών τεκμηριώνεται με βεβαιώσεις επάρκειας και διάθεσης από την κατασκευάστρια εταιρεία |
|  | Είδος Παραστατικού Τεκμηρίωσης (παρακαλώ συμπληρώστε) |
|  | Πιστοποιητικό Ενεργειακής Απόδοσης Κτιρίου |

1. **Υπεύθυνη Δήλωση**

|  |
| --- |
| Δηλώνω υπεύθυνα ότι:   1. Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πιο πάνω πληροφορίες, καθώς και τα αποδεικτικά στοιχεία που υποβάλλονται είναι αληθή και γνωρίζω ότι τυχόν ψευδής δήλωση θα συνεπάγεται την άμεση απόρριψη της αίτησής μου και στέρηση του δικαιώματος υποβολής άλλης αίτησης κάτω από το παρόν Σχέδιο. Σε περίπτωση ψευδούς δήλωσής μου, γνωρίζω ότι είμαι ένοχος αδικήματος και εναπόκειται στο Δικαστήριο να αποφασίσει την ποινή που θα μου επιβληθεί. Γνωρίζω, επίσης, ότι σε περίπτωση που μου καταβληθεί οικονομική ενίσχυση αντικανονικά χωρίς να τη δικαιούμαι οφείλω να την επιστρέψω. 2. Έχω μελετήσει και κατανοήσει όλες τις πρόνοιες και επισημάνσεις που αναφέρονται στο Σχέδιο, καθώς και όλα τα στοιχεία που έχουν περιληφθεί στην αίτηση μου. Συμφωνώ με το περιεχόμενο της αίτησης και δηλώνω ότι σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι βάσει των στοιχείων που έχουν επισυναφθεί με την αίτηση, δεν ικανοποιούνται οι ελάχιστες τεχνικές απαιτήσεις ή τα κριτήρια που καταγράφονται στο Σχέδιο, δύναται να απορριφθούν δαπάνες ή/και ολόκληρη η αίτησή μου. 3. Δηλώνω υπεύθυνα ότι, δεν έχω υποβάλει αίτηση, ούτε έχω λάβει δημόσια χρηματοδότηση για τις ίδιες δαπάνες που αναφέρονται στην αίτηση από άλλο Σχέδιο Χορηγιών. Δεσμεύομαι να τηρώ τις κοινοτικές και εθνικές νομοθεσίες καθώς επίσης και όλους τους κανονισμούς χρηματοδότησης που αναφέρονται στο Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, συμπεριλαμβανομένων των νόμων και κανονισμών για προστασία του περιβάλλοντος |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Γνωρίζω ότι το Τμήμα Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιεσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες ή στοιχεία και να διενεργεί επί τόπου ελέγχους και μετρήσεις καταγραφής όλων των σχετικών παραμέτρων για τους σκοπούς του Σχεδίου, εφόσον κρίνει τούτο αναγκαίο. 2. Συγκατατίθεμαι να γίνει χρήση των προσωπικών μου δεδομένων (διεύθυνση και τηλέφωνο επικοινωνίας, χρηματοοικονομικά στοιχεία επένδυσης κ.λπ.) για σκοπούς μελετών ή ελέγχων, και εξουσιοδοτώ το Τμήμα Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας να επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες αρχές της Δημοκρατίας, με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού, καθώς επίσης και σε συνεργασία με τα αδειοδοτημένα πιστωτικά ιδρύματα, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνει απαραίτητο. | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |
| Ονοματεπώνυμο Διευθυντή ή  Εκπρόσωπο Νοσηλευτηρίου | | | Αρ. Δελτίου Ταυτότητας | | | | | | Υπογραφή | | |
|  |  | | | |  |  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |  |  | | | |  |
|  | Ημερομηνία Συμπλήρωσης Αίτησης | | | |  |  | Σφραγίδα Επιχείρησης  (εάν εφαρμόζεται) | | | |  |
|  |  | | | |  |  |  | | | |  |

|  |
| --- |
| **Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της Οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων)**  Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Τμήμα Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου για επιδότηση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Τμήματος Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Τμήμα Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα θα αποθηκεύονται για όσο διάστημα κρίνει σκόπιμο το Τμήμα Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και μετά θα διαγράφονται. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ή περιορισμό της επεξεργασίας που αφορούν το υποκείμενο των δεδομένων ή δικαίωμα αντίταξης στην επεξεργασία, καθώς και δικαιώματος στη φορητότητα των δεδομένων που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στις πρόνοιες του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Τμήμα Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας). Τέλος, πληροφορούμαι ότι έχω το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας σε εποπτική αρχή. |

1. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003H0361&from=PL [↑](#footnote-ref-1)