 

KΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1448 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΣΧΕΔΙΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΩΝ ΧΟΡΗΓΙΩΝ ΠΡΟΣ ΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ (ΑCCREDITATION)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ | |
|  |  | |
|  |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ**  **ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ**  **ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ**  Για κάλυψη δαπανών:  **ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (προαιρετικό)**  ☐  **ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ (υποχρεωτικό)**  ☒ |
| Κατηγορία Νοσηλευτηρίου | |
| A[[1]](#footnote-1)☐ | B[[2]](#footnote-2)☐ |
| Γ[[3]](#footnote-3)☐ | Δ[[4]](#footnote-4)☐ |
|
| Ε[[5]](#footnote-5) ☐ | Στ[[6]](#footnote-6)  ☐ |
| Ζ[[7]](#footnote-7) ☐ | Η[[8]](#footnote-8) ☐ |
| Αρ. Φακέλου: | |

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

* Προτού συμπληρώσει την αίτηση, ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπος του νοσηλευτηρίου θα πρέπει να μελετήσει τις πρόνοιες του Σχεδίου.
* Η συμπλήρωση και αποστολή της αίτησης στο Υπουργείο Υγείας είναι υποχρέωση του Διευθυντή ή εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου του και κανενός άλλου, τρίτου προσώπου.
* Η συμπλήρωση όλων των στοιχείων της αίτησης είναι απαραίτητη.
* Στην αίτηση επισυνάπτονται τα έγγραφα που αναφέρονται στο Μέρος Γ του εντύπου.

##### Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟΥ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επωνυμία Νοσηλευτηρίου:  Διεύθυνση του Νοσηλευτηρίου: | | Αρ. Μητρώου Άδειας Λειτουργίας Ιδιωτικού Νοσηλευτηρίου (αυτό ισχύει μόνο για τα Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια): | |
| Ημερομηνία έκδοσης : |  |
| Εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο για συνεργασία/ επικοινωνία με το Υπουργείο Υγείας | *Επώνυμο:* | *Όνομα:* | Τηλέφωνο:  Τηλεομοιότυπο:  Ηλεκτρονική Διευθ. :  Σχέση με το νοσηλευτήριο  Αρ. ταυτότητας  *(για Κύπριους)*: |

##### Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ ή /και ΕΤΑΙΡΙΑΣ Για Παροχή Συμβουλευτικών Υπηρεσιών και Για Διαπίστευση

**ΓΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Για Ετοιμασία Νοσηλευτηρίου** ☐

**ΓΙΑ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ** ☐

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Επωνυμία Εταιρίας/Συμβούλου :  Διεύθυνση: | | Τηλέφωνο:  Τηλεομοιότυπο:  Ηλεκτρονική Διευθ. : | | |
|  |  | |
| Υπεύθυνος Σύμβουλος Έργου | *Επώνυμο:* | *Όνομα:* | | Τηλέφωνο:  Τηλεομοιότυπο:  Ηλεκτρονική Διευθ. : |
|  | Αρ. ταυτότητας  *(για Κύπριους)*: | Χώρα προέλευσης  *(για σύμβουλο από το εξωτερικό)*: | |  |
| Αρ. διαβατηρίου  *(για σύμβουλο από το εξωτερικό)* | |
| Εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο για συνεργασία/  επικοινωνία με το Υπουργείο Υγείας | *Επώνυμο:* | *Όνομα:* | | Τηλέφωνο:  Τηλεομοιότυπο:  Ηλεκτρονική Διευθ. : |
| Επωνυμία Διαπιστεύοντος Οργανισμού:  Διεύθυνση: | |  | | |
|  |  | |
| Εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο για συνεργασία/  επικοινωνία με το Υπουργείο Υγείας | *Επώνυμο:* | *Όνομα:* | | Τηλέφωνο:  Τηλεομοιότυπο:  Ηλεκτρονική Διευθ. : |
| Ημερομηνία υπογραφής Συμβολαίου του Έργου | Ημερομηνία έναρξης έργου | Ημερομηνία Λήξης έργου | | Συνολική χρηματική αξία της Σύμβασης |
| Για Συμβουλευτικές Υπηρεσίες για ετοιμασία Νοσηλευτηρίου |  |  | |  |
| Για Διαπίστευση |  |  | |  |
|  |  | Συνολικό Κόστος | |  |

###### Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

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

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Πιστοποιητικό Άδειας λειτουργίας του Νοσηλευτηρίου (μόνο για τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια)  ☐ Γραπτή Δήλωση που εκδίδεται δυνάμει του κανονισμού 3(2) των Περί Ελέγχου των Κρατικών Ενισχύσεων(Ενισχύσεις Ήσσονος Σημασίας) Κανονισμών 2009, Έντυπο Κ.Ε . 1 (**Παράρτημα 5**)  ☐ Υπεύθυνη Δήλωση Ενιαίας Επιχείρησης (μόνο για ιδιωτικά Νοσηλευτήρια μη ενταγμένα στο ΓεΣΥ) δυνάμει του άρθρου 2(2) του Κανονισμού (ΕΕ) 1407/2013 (**Παράρτημα 6**)  ☐ Δήλωση Αναφορικά με τους Πραγματικούς Δικαιούχους Αιτητών σε Πρόσκληση Σχεδίου Χορηγιών (**Παράρτημα 7**) | ☐ Βεβαίωση από ανεξάρτητο εξωτερικό εγκεκριμένο ελεγκτή ότι η ότι η επιχείρηση δεν είναι προβληματική βάσει των ελεγμένων οικονομικών καταστάσεων του προηγούμενου οικονομικού έτους (Ν-1) ή του έτους που προηγείται (Ν-2), όπου «Ν» το έτος υποβολής της αίτησης.  ☐ Βιογραφικό σημείωμα υπεύθυνου συμβούλου (**Παράρτημα 8**)  ☐ Εμπειρία υπευθύνου συμβούλου (**Παράρτημα 9**)  ☐ Δήλωση για τη μη σύγκρουση συμφερόντων του Υπεύθυνου Συμβούλου Έργου ή/ και Εταιρείας (**Παράρτημα 10**)  ☐ Βεβαίωση από τον Γενικό Εκτελεστικό Διευθυντή του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, η οποία να περιλαμβάνει τον αριθμό ειδικοτήτων που στεγάζονται στο νοσηλευτήριο και τον αριθμό κλινών που διαθέτει ανά εκάστη ειδικότητα (μόνο για τα δημόσια νοσηλευτήρια). |

###### Δ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Δηλώνω υπεύθυνα ότι:  (α) Έχοντας επίγνωση των συνεπειών του περί Ψευδούς Δηλώσεως Νόμου, όλες οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί ή επισυναφθεί στην αίτηση αυτή είναι ακριβείς και αληθείς.    (β) Έχω ενημερωθεί για τις πρόνοιες της νομοθεσίας για τον Έλεγχο των Κρατικών Ενισχύσεων, καθώς και για τις πρόνοιες του Σχεδίου Κρατικών Χορηγιών για την Διαπίστευση των Ιδιωτικών και Δημόσιων Νοσηλευτηρίων και του Κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 2020/972 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής*,* και τις αποδέχομαι και δεσμεύομαι για την πιστή τήρησή τους. Έλαβα επίσης γνώση για τη δυνατότητα του Υπουργείου Υγείας για επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση παραβίασης των προνοιών του Σχεδίου ή/ και της σχετικής νομοθεσίας. | | |
| ………………    Ημερομηνία | ……………………………….    Ονοματεπώνυμο Διευθυντή ή Εξουσιοδοτημένου Αντιπροσώπου | …………………………………….  Υπογραφή και Σφραγίδα  Διευθυντή ή Εξουσιοδοτημένου Αντιπροσώπου |

***Σημείωση****: Πληροφορίες για τις σχετικές νομοθεσίες, τα Σχέδια, τον Οδηγό Πολιτικής και Διαδικασιών, καθώς και τα σχετικά έντυπα, υπάρχουν στις ιστοσελίδες του Υπουργείου Υγείας στο διαδίκτυο, στη διεύθυνση www.moh.gov.cy*

Υπογραφή Διευθυντή ή Εξουσιοδοτημένου Αντιπροσώπου του Νοσηλευτηρίου

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Νοσοκομείο [↑](#footnote-ref-1)
2. Πολυκλινική [↑](#footnote-ref-2)
3. Κλινική [↑](#footnote-ref-3)
4. Κλινική Ημερήσιας Νοσηλείας [↑](#footnote-ref-4)
5. Δημόσια Νοσηλευτήρια: Πέραν των 5 ειδικοτήτων και τουλάχιστον 30 κλίνες [↑](#footnote-ref-5)
6. Δημόσια Νοσηλευτήρια: Από 3 μέχρι 5 ειδικότητες και τουλάχιστον 3 κλίνες ανά ειδικότητα [↑](#footnote-ref-6)
7. Δημόσια Νοσηλευτήρια: Μέχρι 2 ειδικότητες και τουλάχιστον 3 κλίνες ανά ειδικότητα [↑](#footnote-ref-7)
8. Δημόσια Νοσηλευτήρια: Ημερήσιας Νοσηλείας με ωράριο εργασίας 07.00 – 19.00 και τουλάχιστον 2 κλίνες ανά ιατρική ειδικότητα [↑](#footnote-ref-8)