**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)