**ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ Μ.Φ.Η.**

|  |
| --- |
|  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ Μ.Φ.Η.** |
| **ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΛΟΓΩ:**  |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ**  |  |
| **ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ**  |  |
| **ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΔΟΜΗΣ** |  |
| **Α.Φ.Μ.** |  | **Δ.Ο.Υ.** |  |
| **ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ ΕΔΡΑΣ/ΦΟΡΕΑ** |  | **ΤΚ** |  | **ΠΟΛΗ** |  |
| **ΝΟΜΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ** | [ ]  **Ν.Π.Δ.Δ.** [ ]  **Ν.Π.Ι.Δ. – ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ** |
| **ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ** |  | **ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ****(κατά την υποβολή αίτησης)** |  |
| **ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ ΔΟΜΗΣ** |  | **ΤΚ** |  | **ΠΟΛΗ** |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚ. ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ** |  |
| **EMAIL** |  | **ΤΗΛ.** |  |

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ** |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** |  |
| **ΑΦΜ** |  | **Δ.Ο.Υ.** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** |  |
| **ΠΟΛΗ** |   | **ΤΚ** |  | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ** |  |
| **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** |  |
| **EMAIL** |  |

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:**

1. Συστατικά έγγραφα του φορέα:

[ ]  Έγγραφα που αποδεικνύουν την εκπροσώπηση / Απόφαση ΔΣ του Φορέα για τον ορισμό του νόμιμου εκπροσώπου / Πρακτικό Δ.Σ. του φορέα

[x]  Καταστατικό / εσωτερικός κανονισμός / οργανισμός

2. Άδειες:

[ ]  Α. Τροποποίηση Άδειας λειτουργίας από την οικεία Περιφέρεια

[ ]  Β. Έκθεση ελέγχου καλής λειτουργίας Μ.Φ.Η. από την οικεία Περιφέρεια

[ ]  Γ. Πιστοποίηση του άρθρου 5 του ν. 2646/1998, η οποία βρίσκεται σε ισχύ. Στην περίπτωση που έχει λήξει, αρκεί να έχει υποβληθεί εγκαίρως αίτημα ανανέωσής της και να μην έχει απορριφθεί. *(Ισχύει για τους φορείς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα)*

3. Λοιπά δικαιολογητικά:

[ ]  Α. Στοιχεία Μητρώου ή Βεβαίωση εγκαταστάσεων εσωτερικού από την αρμόδια Δ.Ο.Υ. (ΑΑΔΕ)

[ ]  Β. Πιστοποιητικό εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο υπεύθυνου ιατρού του Θεραπευτηρίου τρέχοντος έτους

[ ]  Γ. Πιστοποιήσεις ποιότητας που διαθέτει το Μ.Φ.Η. (προαιρετικά)

4. Υπεύθυνες δηλώσεις (μέσω gov.gr ή με θεώρηση για το γνήσιο της υπογραφής):

[ ]  Α. Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου του β’ συμβαλλόμενου περί μη καταδίκης

|  |
| --- |
| [ ]  Γ. Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου του β’ συμβαλλόμενου με: -τα στοιχεία του υπεύθυνου ιατρού της δομής, -τον αριθμό των αδειοδοτημένων κλινών και την πληρότητα (αριθμός διαμενόντων) κατά την υποβολή της αίτησης |
| [ ]  Δ. Υ/Δ στην οποία δηλώνει ότι δεν λαμβάνει χρηματοδότηση από ευρωπαϊκούς πόρους για την ίδια υπηρεσία |

[ ]  Β. Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου του β’ συμβαλλόμενου περί μη μεταβολής νομιμοποιητικών εγγράφων.

Ημερομηνία: ……/…./…….

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και Σφραγίδα)