



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1448 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΣΧΕΔΙΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΩΝ ΧΟΡΗΓΙΩΝ ΠΡΟΣ ΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ (ACCREDITATION)

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ
ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ	
<i>Κατηγορία Νοσηλευτηρίου</i>	
A ¹ <input type="checkbox"/>	B ² <input type="checkbox"/>
Γ ³ <input type="checkbox"/>	Δ ⁴ <input type="checkbox"/>
Αρ. Φακέλου:	

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

- Προτού συμπληρώσει την αίτηση, ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπος του νοσηλευτηρίου θα πρέπει να μελετήσει τις πρόνοιες του Σχεδίου.
- Η αίτηση συμπληρώνεται κατάλληλα με όλα τα απαραίτητα στοιχεία, αποστέλλεται και παραλαμβάνεται στο Υπουργείο Υγείας εντός των επόμενων 6 μηνών μετά την έκδοση του διαπιστευτηρίου ποιότητας.
- Η συμπλήρωση και αποστολή της αίτησης στο Υπουργείο Υγείας είναι υποχρέωση του Διευθυντή η 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 Ε του εντύπου.

¹ Ιδιωτικό Νοσοκομείο

² Πολυκλινική

³ Κλινική

⁴ Κλινική Ημερήσιας Νοσηλείας

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟΥ

Επωνυμία Νοσηλευτηρίου: Διεύθυνση του Νοσηλευτηρίου:		Αρ. Μητρώου Άδειας Λειτουργίας Ιδιωτικού Νοσηλευτηρίου :	
		Ημερομηνία έκδοσης :	
Εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο για συνεργασία/επικοινωνία με το Υπουργείο Υγείας	Επώνυμο:	Όνομα:	Τηλέφωνο: Τηλεομοιότυπο: Ηλεκτρονική Διευθ. : Σχέση με το νοσηλευτήριο Αρ. ταυτότητας (για Αρ. ταυτότητας (για Κύπριους):

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ ή /και ΕΤΑΙΡΙΑΣ

Επωνυμία Εταιρίας/Συμβούλου :		Τηλέφωνο:	
Διεύθυνση:		Τηλεομοιότυπο:	
		Ηλεκτρονική Διευθ. :	
Υπεύθυνος Σύμβουλος Έργου	Επώνυμο:	Όνομα:	Τηλέφωνο: Τηλεομοιότυπο: Ηλεκτρονική Διευθ. :

	Αρ. ταυτότητας (για Κύπριους):	Χώρα προέλευσης (για σύμβουλό από το εξωτερικό): Αρ. διαβατηρίου (για σύμβουλό από το εξωτερικό)	
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

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ

Επωνυμία Διαπιστεύοντος Οργανισμού: Διεύθυνση:			
Εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο για συνεργασία/ επικοινωνία με το Υπουργείο Υγείας	Επώνυμο:	Όνομα:	Τηλέφωνο: Τηλεομοιότυπο: Ηλεκτρονική Διευθ. :

Δ. ΕΠΙΛΕΞΙΜΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Λεπτομέρειες υπολογισμού των επιλέξιμων δαπανών κατάρτισης παρατίθενται στο Σημείο 5 του Σχεδίου.

Επιλέξιμες Δαπάνες		Ποσά	Για υπηρεσιακή χρήση
1	Κόστος Συμβουλευτικών Υπηρεσιών :Ημερήσιο κόστος: _____ Χ Αριθμός Εργατοημερών : _____	€ _____	
2	Κόστος Διαπίστευσης από διαπιστευόμενα Οργανισμό	€ _____	
ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΛΕΞΙΜΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ		€ _____	

Ε. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

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

<input type="checkbox"/> Πιστοποιητικό Διαπίστευσης του Νοσηλευτηρίου	<input type="checkbox"/> Πιστοποιητικό Σύναυξης Συμβολαίου με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας
<input type="checkbox"/> Συμβόλαιο, τιμολόγιο και αποδείξεις πληρωμής για συμβουλευτικές υπηρεσίες	<input type="checkbox"/> Γραπτή Δήλωση που εκδίδεται δυνάμει του κανονισμού 3(2) των Περί Ελέγχου των Κρατικών Ενισχύσεων(Ενισχύσεις Ήσσονος Σημασίας) Κανονισμών 2009-2012, Έντυπο Κ.Ε .2
<input type="checkbox"/> Συμβόλαιο, τιμολόγια και αποδείξεις πληρωμής για σκοπούς διαπίστευσής.	<input type="checkbox"/> Βιογραφικό σημείωμα υπεύθυνου έργου. (Παράρτημα 6)
<input type="checkbox"/> Πιστοποιητικό Άδεια λειτουργίας του Νοσηλευτηρίου	<input type="checkbox"/> Κατάσταση πιστοποιητικών αναδόχου εταιρείας ή/και υπεύθυνου έργου (Παράρτημα 8)
	<input type="checkbox"/> Υπόδειγμα δήλωσης πιστοποίησης προσωπικής κατάστασης συμβούλων (Παράρτημα 9)
	<input type="checkbox"/> Εμπειρία υπευθύνου έργου (Παράρτημα 7)

B. ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ (συνέχεια)

ΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

(α) Έχοντας επίγνωση των συνεπειών του περί Ψευδούς Δηλώσεως Νόμου, όλες οι πληροφορίες που έχουν καταχωρισθεί 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 Νοσηλευτηρίων και *χχχχ*, 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 *χχχχ* ή/και της σχετικής νομοθεσίας.

.....

Ημερομηνία

.....

Όνοματεπώνυμο Διευθυντή ή
Εξουσιοδοτημένου Αντιπροσώπου

.....

Υπογραφή και Σφραγίδα
Χχχχχ

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

7. Υπογραφή εξουσιοδοτημένου Εκπροσώπου του

Νοσηλευτηρίου

Ημερομηνία: