



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ



Ταχ. Δ/ση ΤΕΡΜΑ ΟΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ, Τ.Κ. 11527  
Πληροφορίες: Τηλ. 2132143432, 431  
Ηλ. Ταχ.: [katallilotites@ekab.gr](mailto:katallilotites@ekab.gr)

**ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
**ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ**

Στην παρόν ενημερωτικό φυλλάδιο είναι ενσωματωμένα όλα όσα πρέπει να γνωρίζουν και χρειάζονται οι ενδιαφερόμενοι, προκειμένου να συμπληρώσουν και να καταθέσουν τεκμηριωμένο αίτημα προς το ΕΚΑΒ για χορήγηση βεβαίωσης καταλληλότητας ασθενοφόρου οχήματος, που αποτελεί προαπαιτούμενο για την έκδοση στοιχείων κυκλοφορίας από τις αρμόδιες Διευθύνσεις Μεταφορών.

Ακολουθούν τα περιεχόμενα και με την βοήθεια αυτών, θα συμπληρωθεί το ενιαίο έντυπο αίτησης και όλων των υπεύθυνων δηλώσεων, ώστε να αποφευχθεί ο κατακερματισμός των προαναφερομένων.

**Περιεχόμενα**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ .....	1
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ.....	2
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986).....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΗΜΕΙΩΝ ΠΡΟΣ ΤΕΧΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ .....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ .....	7
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ .....	8
Παράρτημα .....	12
Οδηγίες .....	14
Ισχύον θεσμικό πλαίσιο .....	16
ΣΗΜΕΙΑ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ .....	17
Σημειώσεις.....	21



# ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ<sup>i</sup>

Υποβάλετε ατελώς μόνο στην διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου [ekab@ekab.gr](mailto:ekab@ekab.gr)

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ:

ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ:

Α.Φ.Μ.:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΜΗ:

ΕΔΡΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΠΟΛΗ:

Τ.Κ.:

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ:

ΤΗΛΕΦΩΝΑ:

ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡ. (email):

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

Α.Δ.Τ.:

Α.Φ.Μ.:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡ. (email):

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ<sup>ii</sup>

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

Α.Δ.Τ.:

Α.Φ.Μ.:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡ. (email):

ΠΡΟΣ :

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας  
Τέρμα Οδού Υγείας, Τ.Κ. 115 27 Αθήνα

**Θέμα: «Έκδοση βεβαίωσης καταλληλότητας προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για την έκδοση άδειας κυκλοφορίας ασθενοφόρου οχήματος, ιδιωτικού φορέα ή Υγειονομικού Δημόσιου φορέα».**

Παρακαλώ όπως μας χορηγήσετε βεβαίωση καταλληλότητας για Φ.Ι.Χ. μεταφοράς ασθενών (ασθενοφόρα οχήματα). Στην δικαιούμενη κατηγορία<sup>iii</sup> \_ \_ \_ \_ \_ για το ασθενοφόρο όχημα μάρκας \_ \_ \_ \_ \_ , έτους κατασκευής \_ \_ \_ \_ \_ , με αριθμό πλαισίου \_ \_ \_ \_ \_ , Εργοστασιακός τύπος οχήματος \_ \_ \_ \_ \_ , τύπος κινητήρα \_ \_ \_ \_ \_ , τύπος καύσιμου \_ \_ \_ \_ \_ , αριθμό έγκρισης τύπου \_ \_ \_ \_ \_ , που ανήκει στον/ην φορέα / εταιρεία \_ \_ \_ \_ \_ , με έδρα, στην πόλη \_ \_ \_ \_ \_ και το οποίο θα χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες του φορέα μας <sup>iv</sup> \_ \_ \_ \_ \_ υποκατάστημα που βρίσκεται στ \_ \_ \_ \_ \_ και θα δραστηριοποιείται στην ΠΕ \_ \_ \_ \_ \_ .

Επιθυμώ το όχημα να εξεταστεί από κλιμάκιο στην πόλη της <sup>v</sup> \_ \_ \_ \_ \_

Ακολουθεί η ενσωματωμένη και αναπόσπαστη Υπεύθυνη Δήλωση με συνημμένα στην παρούσα υποβαλλόμενα δικαιολογητικά<sup>vi</sup>



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

• Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται τόσο από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986 («όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών», όσο και επί ποινή ακυρότητας της παρούσης, δηλώνω ότι:

1. Όλα τα επισυναπτόμενα στοιχεία είναι αληθή και είναι τα εξής: (θα παραθέσετε αναλυτική περιγραφή, ως παράδειγμα....)<sup>vii</sup>

1.1. Ανακοίνωση καταχώρησης του φορέα στο Γ.Ε.ΜΗ-Απόσπασμα ΓΕΜΗ –Καταστατικό σύστασης εταιρείας - Πιστοποιητικό ισχύουσας εκπροσώπησης.

1.2. Για τους αιτούντες που δεν έχουν υποχρέωση καταχώρησης στοιχείων στο ΓΕΜΗ, Υπεύθυνη Δήλωση που θα αναγράφει ότι : «Δεν έχουν πραγματοποιηθεί τροποποιήσεις στο επισυναπτόμενο ισχύον καταστατικό του οικονομικού φορέα ως προς την νόμιμη εκπροσώπηση και το παρεχόμενο έργο».

1.3. Άδεια λειτουργίας της δομής για την οποία υποβάλλεται το αίτημα και ανήκει στους δικαιούχους (ιατρείου, ΜΧΑ, οίκου ευγηρίας ή άλλο).

1.4. Απόσπασμα από την εφαρμογή taxinet<sup>viii</sup> της ΑΑΔΕ για την ύπαρξη σχετικού με το αίτημα ΚΑΔ (Κωδικού Αριθμού Δραστηριότητας)

1.5. Στοιχείο νόμιμης κατοχής του οχήματος, όπως φορολογικό στοιχείο κτήσης του οχήματος, διαθήκη, ή άλλο αποδεικτικό στοιχείο κτήσης.

1.6. Βεβαίωση ακουστικής απόδοσης της σειρήνας.

1.7. Πιστοποιητικό διαπιστευμένου φορέα σχετικά με τον τρόπο και τα μέσα στήριξης του εξοπλισμού μεταφοράς ασθενών, των πυροσβεστήρων και των φιαλών οξυγόνου.

1.8. Βεβαίωση Εργοστασίου Κατασκευής ή Διασκευαστή που να πιστοποιεί ότι το κάθισμα ή τα καθίσματα (όταν υπάρχουν περισσότερα του ενός) στον θάλαμο ασθενούς είναι κατάλληλα για χρήση εν κινήσει.

1.9. Αντίγραφο έγκρισης τύπου του ασθενοφόρου οχήματος.

1.10 Αντίγραφο τελευταίας έκδοσης της Άδειας Κυκλοφορίας σε περίπτωση μεταχειρισμένου οχήματος.

2. Το ασθενοφόρο θα δραστηριοποιείται στην περιοχή που καλύπτει η Π.Ε. .... και θα εξυπηρετεί τις ανάγκες <sup>ix</sup>.....

3. Δεν έχω καταθέσει άλλο αίτημα στην Κεντρική ή άλλη Περιφερειακή Υπηρεσία του ΕΚΑΒ για βεβαίωση καταλληλότητας που να αφορά το εν λόγω ασθενοφόρο.

4. Ο φορέας που εκπροσωπώ<sup>x</sup>, για την περίπτωση που «έχει στην κατοχή και λειτουργία τα ασθενοφόρα οχήματα που δραστηριοποιούνται στις περιοχές ...» και για την περίπτωση που δεν διαθέτει, «δεν διαθέτει άλλο ασθενοφόρο όχημα»).

5. Για τα νοσοκομεία που είναι ΝΠΔΔ, ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και είναι πλήρως ενταγμένα στο Ε.Σ.Υ. ή μοναδικός μέτοχος είναι το Ελληνικό Δημόσιο, θα δηλώνεται: «Έλαβα γνώση των όρων και των υποχρεώσεων σχετικά με τη στελέχωση του ασθενοφόρου ήτοι να στελεχώνεται από οδηγό υπάλληλο του Υγειονομικού σχηματισμού με δίπλωμα Γ' κατηγορίας και ως πλήρωμα συνοδό του διακομιζόμενου ασθενούς, αντίστοιχης κατηγορίας και ειδικότητας, ώστε να πληρούνται οι ελάχιστες απαιτήσεις του νόμου για τη διακομιδή των ασθενών και τη διακίνηση των ασθενών ή τραυματιών ή εξεταζόμενων, και για τις ισχύουσες προϋποθέσεις δηλαδή να χρησιμοποιείται αποκλειστικά και μόνο από τον ως άνω φορέα για την εξυπηρέτηση της διακομιδής των ασθενών που νοσηλεύονται σ' αυτόν (νοσοκομείου που είναι ΝΠΔΔ, ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και είναι πλήρως ενταγμένα στο Ε.Σ.Υ.. ή μοναδικός μέτοχος είναι το Ελληνικό Δημόσιο), χωρίς άμεση ή έμμεση είσπραξη κομίστρου».



6. Για τους λοιπούς: «Έλαβα γνώση των όρων και υποχρεώσεων σχετικά με την στελέχωση του ασθενοφόρου και τη διακίνηση των ασθενών ή τραυματιών ή εξεταζόμενων, σύμφωνα με τις οποίες πρέπει να στελεχώνεται από οδηγό και συνοδηγό, οι οποίοι θα πρέπει να διαθέτουν τα τυπικά προσόντα της ειδικότητας Διασώστης-Πλήρωμα Ασθενοφόρου και, ομοίως, να διαθέτουν πιστοποίηση του Εθνικού Οργανισμού Πιστοποίησης Προσόντων Επαγγελματικού Προσανατολισμού και άδεια άσκησης επαγγέλματος και το ασθενοφόρο θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για την εξυπηρέτηση των μεταφορικών αναγκών του φορέα που εκπροσωπώ, χωρίς άμεση ή έμμεση είσπραξη κομίστρου (υπ' αριθμ. 120207/10-05-2021 Απόφαση του Υφυπουργού Υποδομών και Μεταφορών (ΦΕΚ Β 2203 /26.5.2021)».

7. Ο φορέας τον οποίο νόμιμα εκπροσωπώ, υποχρεούται εντός δέκα (10) ημερών από την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας να προσκομίσει στο ΕΚΑΒ επικυρωμένο αντίγραφο της άδειας κυκλοφορίας του ασθενοφόρου οχήματος καθώς και αναγγελία πρόσληψης προσωπικού για την στελέχωση του εν λόγω οχήματος. Επίσης, ο φορέας σε οποιαδήποτε μεταβολή της κατάστασης της άδειας κυκλοφορίας υποχρεούται να προσκομίζει στο ΕΚΑΒ εντός δέκα (10) ημερών αντίγραφο της αδειάς και των μεταβολών της, όπως επίσης θα ενημερώνει το ΕΚΑΒ στην περίπτωση μεταβολής της κατάστασης του προσωπικού που στελεχώνει το εν λόγω όχημα.

8. Για τους αιτούντες της κατηγορίας (ΖΖ) απαιτείται να δηλωθεί ότι: «το συγκεκριμένο ασθενοφόρο όχημα θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τις ανάγκες διακομιδών ασθενών, από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 40 του ν. 4999/2022 (Α' 225), χωρίς άμεση ή έμμεση είσπραξη κομίστρου από τους ασθενείς».

9. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες αποδεδειγμένα για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας είναι προαπαιτούμενη η άδεια κυκλοφορίας ασθενοφόρου οχήματος, θα συμπληρωθεί: «περί της καταθέσεως αίτησης προς την αρμόδια υπηρεσία για την έκδοση της άδειας λειτουργίας, με ταυτόχρονη ανάληψη υποχρέωσης προσκόμισης της άδειας λειτουργίας αμέσως μετά την έκδοσή της».

10. Το προσκομιζόμενο για εξέταση όχημα φέρει τον εξοπλισμό που περιγράφω στους πίνακες Τεχνικού και Νοσηλευτικού ελέγχου, ο οποίος νόμιμα βρίσκεται στην κατοχή του οικονομικού φορέα που εκπροσωπώ και προορίζεται για αποκλειστική χρήση στο αιτούμενο στην άδεια ασθενοφόρο.

11. Δεσμεύομαι να δηλώσω άμεσα την οποιαδήποτε μεταβολή προκύψει από εκούσιο ή ακούσιο λόγο στον φορέα στο όνομα του οποίου έχει εκδοθεί η άδεια κυκλοφορίας του αυτοκινήτου οχήματος, όπως όταν παύσει η υπαγωγή του στα δικαιούμενα πρόσωπα, παύσει η ανάγκη χρήσης του ασθενοφόρου οχήματος και τίθεται σε ακινησία.

12. Η χρήση του ασθενοφόρου αυτοκινήτου οχήματος θα είναι αποκλειστικά και μόνο για τον αιτούμενο στην παρούσα σκοπό.

13. Το όχημα δεν έχει και ούτε πρόκειται να αποκτήσει σήμανση, χρωματισμό και τα διακριτικά σήματα του ΕΚΑΒ, ούτε οποιαδήποτε άλλο χαρακτηριστικό που να προσομοιάζει σε ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ.

14. Θα αποστείλω άμεσα στην Κεντρική Υπηρεσία του ΕΚΑΒ όλα τα απαιτούμενα έγγραφα που στοιχειοθετούν τον φάκελο τεκμηρίωσης του αιτήματος για έκδοση βεβαίωσης καταλληλότητας του ασθενοφόρου οχήματος.

15. Τα υποβαλλόμενα στην παρούσα στοιχεία θα αξιοποιηθούν για την δημιουργία μητρώου ιδιωτικών ασθενοφόρων και συναινών στο ότι δεν αποτελούν δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα όπως αυτά περιγράφονται στον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων - ΓΚΠΔ (General Data Protection Regulation - GDPR), καθώς είναι απόλυτα συνδεδεμένα με την εμπορική μου ιδιότητα, η οποία προκύπτει από την προαναφερόμενη δραστηριότητά μου.

16. Για τα υποβαλλόμενα στην παρούσα στοιχεία επί ποινής ακυρότητας τόσο της παρούσης, όσο και της από την Διεύθυνση Μεταφορών χορήγησης στοιχείων κυκλοφορίας.



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΗΜΕΙΩΝ ΠΡΟΣ ΤΕΧΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

		Οι στήλες <b>ΝΑΙ-ΟΧΙ Παρατηρήσεις</b> παραμένουν κενές και σημειώνονται μόνο από τους/τις αρμοδίους/ες επιθεωρητές/τριες του ΕΚΑΒ κατά τον έλεγχο.		
	<b>Περιγραφή</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Παρατηρήσεις</b>
1	Αριθμός πλαισίου <sup>xi</sup> (Θα συμπληρωθεί από τον αιτούντα)			
2	Τύπος κινητήρα (Θα συμπληρωθεί από τον αιτούντα)			
3	Φάρος Εμπρόσθιος(1) ή πολυφαρικό σύστημα			
4	Οπίσθιοι (2) ή πολυφαρικό σύστημα			
5	Σειρήνα			
	Υπαρξη			
	Λειτουργία			
	Βεβαίωση ακουστικής ισχύος 117db			
	Βεβαίωση-Πιστοποιητικό Διαπιστευμένου Φορέα Ελέγχου <sup>xii</sup>			
	Μέτρηση με την χρήση διακριβωμένου ηχομέτρου (εφόσον υπάρχει) από Τεχνικό Ελεγκτή του ΕΚΑΒ			
6	Σημάνσεις			
7	Σύστημα Θέρμανσης			
	Υπαρξη			
	Λειτουργία			
8	Σύστημα Κλιματισμού			
	Υπαρξη			
	Λειτουργία			
9	Πυροσβεστήρες			
	Θάλαμος οδηγού			
	Προδιαγραφές			
	Θάλαμος ασθενούς			
	Προδιαγραφές			
10	Εξοπλισμός μεταφοράς ασθενών			
	Υπαρξη στηριγμάτων			
	Πιστοποιητικό διαπιστευμένου φορέα <sup>xiii</sup>			
11	Καθίσματα			
	Πρόβλεψη τους στην έγκριση τύπου			

		Αποτύπωση τους στην Άδεια Κυκλοφορίας (για μεταχειρισμένο όχημα)			
		Σήμανση "Απαγορεύεται η χρήση του καθίσματος εν κινήσει"			
12	Λοιπός εξοπλισμός				
		Υπαρξη Φωτισμού οροφής (πλαφονιέρα) θαλάμου ασθενούς			
		Λειτουργία Φωτισμού οροφής (πλαφονιέρα) θαλάμου ασθενούς			
		Υπαρξη συστήματος αερισμού / εξαερισμού θαλάμου ασθενούς			
		Λειτουργία συστήματος αερισμού / εξαερισμού θαλάμου ασθενούς			
		Υπαρξη στηριγμάτων πυροσβεστήρων			
		Πιστοποιητικό διαπιστευμένου φορέα <sup>xiv</sup> (να σημειωθεί ποιο από τα επισυναπτόμενα ικανοποιεί αυτή την συνθήκη)			
		Υπαρξη στηριγμάτων φιαλών O2			
		Πιστοποιητικό διαπιστευμένου φορέα <sup>xv</sup> (να σημειωθεί ποιο από τα επισυναπτόμενα ικανοποιεί αυτή την συνθήκη)			
Σημειώσεις					

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ

Οι στήλες ΝΑΙ-ΟΧΙ παραμένουν κενές και σημειώνονται μόνο από τους αρμοδίους επιθεωρητές του ΕΚΑΒ κατά τον έλεγχο.									
A/A	Υλικό	τεμ	Ναι	Όχι	A/A	Υλικό	τεμ	Ναι	Όχι
1	Δελτίο μεταφοράς ασθενών	1			38	Ζελέ (jell)	1		
2	Σεντόνια	5			39	Συσκευές βαρελάκι	1		
3	Φιάλες O <sub>2</sub> (2 m <sup>3</sup> )	3			40	Συσκευές ορού	5		
4	Φιάλες O <sub>2</sub> (1 m <sup>3</sup> )	1			41	Λάστιχο αιμοληψίας	2		
5	Χαρτοβάμβακα	2			42	Λευκοπλάστ	2		
6	Γάντια λάτεξ Μ (100 τεμ)	1			43	Tegatherm	6		
7	Γάντια λάτεξ (L 100 τεμ)	1			44	Φλεβοκαθετήρες παιδικοί	2		
8	Γάντια σαγρέ (100 τεμ)	2			45	Φλεβοκαθετήρες μπλε	5		
9	Γυαλάκια	6			46	Φλεβοκαθετήρες ροζ	5		
10	Απολυμαν. επιφανειών	1			47	Φλεβοκαθετήρες πράσινοι	5		
11	Οξυζενέ	1			48	Φλεβοκαθετήρες γκρι	5		
12	Απολυμαντικό χεριών	1			49	Σύριγγες ινσουλίνης	5		
13	Betadine	1			50	Σύριγγες 2ml	5		
14	Γάζες πακέτα 10x10	15			51	Σύριγγες 5ml	5		
15	Γάζες αποστειρωμένες	2			52	Σύριγγες 10ml	5		
16	Γάζες Fucidin	2			53	Σύριγγες 20ml	1		
17	Σεντόνια αλουμινίου	2			54	Σύριγγες 60ml	1		
18	Στικ αμμωνίας	1			55	Ορός rigger lactate 500ml	2		
19	Σακούλες εμετού	10			56	Ορός 0,9% 500ml	2		
20	Νεφροειδή	5			57	Ορός 5% 500ml	2		
21	Επίδεσμοι 12cm	3			58	Ορός Παιδικός 1+4	1		
22	Επίδεσμοι 10cm	3			59	ΝΕΛΑΤΟΝ ΚΟΚΚΙΝΟ (No 18)	3		
23	Επίδεσμοι 8cm	3			60	ΝΕΛΑΤΟΝ ΠΡΑΣΙΝΟ (No 14)	3		
24	Αεραγωγοί 0	3			61	ΝΕΛΑΤΟΝ ΠΟΡΤ. (No 16)	3		
25	Αεραγωγοί 1	3			62	ΝΕΛΑΤΟΝ ΜΠΛΕ (No 8)	3		
26	Αεραγωγοί 2	3			63	Ουροσυλλέκτες	1		
27	Αεραγωγοί 3	3			64	Σάκος Νεκρού	2		
28	Αεραγωγοί 4	3			65	Ταινίες One Touce	1		
29	Αυχενικά κολλάρα S	2			66	Δοχείο απόρ. Βελονών	1		
30	Αυχενικά κολλάρα M	3			67	Χειρουργικές ποδιές 1ας χρ.	6		
31	Αυχενικά κολλάρα L	3			68	Γυαλία μίας χρήσης	6		
32	Αυχενικά κολλάρα XL	1			69				
33	Μάσκα απλή ενηλίκων	3			70				
34	Μάσκα απλή παιδική	2			71				
35	Μάσκα 100%	2			72				
36	Μάσκα VENTOURI	2			73				
37	Μάσκα μίας χρήσης	10			74				



## ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ

Για να γίνει δεκτή η αίτηση πρέπει.....(μεταβείτε στις οδηγίες και στο σχόλιο xv)					
Οι στήλες «ΝΑΙ-ΟΧΙ & Παρατηρήσεις», παραμένουν κενές και σημειώνονται μόνο από τους/τις αρμοδίους/ες επιθεωρητές/τριες του ΕΚΑΒ κατά τον έλεγχο. <sup>xvi</sup>					
A/A	Περιγραφή	Δήλω-ση	Ναι	Όχι	Παρατηρήσεις
	Φορείο ασθενούς				
	Στρώμα φορείου				
	Ζώνη ασφαλείας πρόσδεσης α-σθενούς				
	Εφεδρικό σπαστό φορείο				
	Εφεδρικές ζώνες (1-2 ζεύγη) α-σφαλείας πρόσδεσης ασθενούς				
	Κάθισμα μεταφοράς ασθενούς				
	Ζώνες ασφαλείας πρόσδεσης ασθενούς				
	Κάθισμα νοσηλευτή				
	Ζώνες πρόσδεσης νοσηλευτή				
	Στρώμα κενού				
	Εφεδρικές ζώνες (1-2 ζεύγη) α-σφαλείας πρόσδεσης ασθενούς στο στρώμα κενού				
	Χειροκίνητη αντλία κενού				
	Σανίδα ακινητοποίησης πολυ-τραυματία				
	Εφεδρικές ζώνες (1-2 ζεύγη) ασφαλείας πρόσδεσης ασθενούς στην σανίδα ακιν.				
	Σάκος γενικών εφοδίων Α' βοη-θειών				
	Βαλίτσα Α' βοηθειών				
	Συσκευή τεχνητού αερισμού (AMBU)				
	Αυτόματος απινιδωτής <sup>xvii</sup> Μοντέλο..... Αριθμός παραγωγής (s/n).....				
	Patch αυτόματου απινιδωτή				
	Αναρρόφηση ηλεκτρική φορη-τή <sup>xviii</sup> Μοντέλο..... Αριθμός παραγωγής (s/n).....				
	Αναρρόφηση ηλεκτρική επιτοί-χεια <sup>xix</sup> Μοντέλο..... Αριθμός παραγωγής (s/n)				
	Παλμικό οξύμετρο <sup>xx</sup> Μοντέλο..... Αριθμός παραγωγής (s/n)				



	Φιάλη Οξυγόνου 10 λιτ				
	Φιάλη Οξυγόνου 2 λιτ με μανοε- κτονωτές				
	Νάρθηκες αυχένα παιδικοί, μέ- γεθος S-M-L				
	Νάρθηκες αυχένα παιδικοί, μέ- γεθος S				
	Αερονάρθηκες ακινητοποίησης άκρων σετ 6 τεμ				
	Πιεσόμετρο με/άνευ ακουστικών				
	Ακουστικά				



## Φωτογραφίες του οχήματος<sup>xxi</sup>

Σε αυτή την περιοχή θα ενσωματώνονται οι φωτογραφίες του οχήματος

(αφαιρέστε τις φωτογραφίες και τοποθετήστε στην θέση τους τις πρόσφατες φωτογραφίες του οχήματος για το οποίο γίνεται η αίτηση)

1. Εμπρόσθιο και αριστερό μέρος



2. Οπίσθιο και δεξιό μέρος



1. Εσωτερικό της καμπίνας ασθενούς με λήψη από την πλάγια είσοδο



2. Εσωτερικό της καμπίνας με λήψη από την οπίσθια πλευρά



- Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986).

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

(Υπογραφή)



## Παράρτημα

Το παράρτημα όπως και η πρώτη σελίδα με τα περιεχόμενα δεν αποτελεί μέρος της δυναμικής αίτησης. Κατά την δημιουργία της αίτησης θα αποκόπτεται. Αποκλειστικός σκοπός ύπαρξής του είναι η παροχή οδηγιών για την αποφυγή αστοχιών και ασαφών κατά την συμπλήρωση της αίτησης που θα υποβληθεί από τον αιτούντα.

### Στο παράρτημα θα βρείτε τις εξής ενότητες

- Δικαιολογητικά
- [Οδηγίες](#)
- [Ισχύον θεσμικό πλαίσιο](#)
- [Σημειώσεις](#)

### Δικαιολογητικά

1. ΑΙΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ με ενσωματωμένες τις Υπεύθυνες Δηλώσεις, για χορήγηση άδειας κυκλοφορίας Φ.Ι.Χ. ασθενοφόρου, απευθυνόμενη προς το ΕΚΑΒ, για την έκδοση της απαιτούμενης βεβαίωσης καταλληλότητας, στην οποία θα αναγράφονται το εργοστάσιο κατασκευής, ο τύπος, ο αριθμός πλαισίου και ο αριθμός κινητήρα του οχήματος, για το οποίο θα ζητηθεί άδεια κυκλοφορίας.
2. ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ, σε αντίγραφα από τα οποία να προκύπτει η νόμιμη σύσταση και η εκπροσώπηση του αιτούντος που αιτείται τη βεβαίωση καταλληλότητας. Ειδικότερα:
  - Όταν ο ενδιαφερόμενος έχει μορφή ατομικής επιχείρησης υποχρεούται να προσκομίζει καταστατικό συστάσεως και τυχόν τροποποιήσεων αυτού ή τελευταίο κωδικοποιημένο καταστατικό της καθώς και πιστοποιητικό μεταβολών από το αρμόδιο Πρωτοδικείο της έδρας της επιχείρησης και το Γενικό Εμπορικό Μητρώο (Γ.Ε.ΜΗ.) στο οποίο έχει καταχωρηθεί εάν έχει υποχρέωση καταχώρισης.
  - Όταν ο ενδιαφερόμενος είναι νομικό πρόσωπο (ΑΕ, ΙΚΕ, ΕΠΕ, ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ κλπ) υποχρεούται να προσκομίζει καταστατικό σύστασης και τυχόν τροποποιήσεων αυτού ή τελευταίο κωδικοποιημένο καταστατικό της, με τα αντίστοιχα ΦΕΚ δημοσίευσής τους, ΦΕΚ της ισχύουσας συγκρότησης Δ.Σ. επί ανωνύμου εταιρείας καθώς και πιστοποιητικό μεταβολών από το Γενικό Εμπορικό Μητρώο (Γ.Ε.ΜΗ.)
  - ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ σε ισχύ του ενδιαφερόμενου, εκδιδόμενη από την αρμόδια κατά περίπτωση αρχή (Υπουργείο Υγείας, Περιφέρεια, κ.λ.π.). Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες αποδεδειγμένα για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας είναι προαπαιτούμενη η άδεια κυκλοφορίας ασθενοφόρου οχήματος, θα ΣΥΜΠΗΡΩΝΕΙ στην ενσωματωμένη ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ του Ν.1599/1986 περί της καταθέσεως αίτησης προς την αρμόδια υπηρεσία για την έκδοση της άδειας λειτουργίας, με ταυτόχρονη ανάληψη υποχρέωσης προσκόμισής της άδειας λειτουργίας αμέσως μετά την έκδοσή της.
  - ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ νόμιμης κατοχής από τον ενδιαφερόμενο του ασθενοφόρου οχήματος για το οποίο ζητείται η βεβαίωση καταλληλότητας.
  - Έγγραφα που αφορούν το όχημα και την διασκευή του
  - Βεβαίωση ακουστικής απόδοσης της σειρήνας με την οποία να πιστοποιείται ότι η ισχύς της είναι τουλάχιστον 117db σε απόσταση 3 μέτρων στην ελληνική γλώσσα. Η ακουστική ισχύ μπορεί να βεβαιώνεται είτε από τον κατασκευαστή της σειρήνας, είτε από οποιονδήποτε διαπιστευμένο φορέα ελέγχου (π.χ Δημόσιο ή Ιδιωτικό ΚΤΕΟ), είτε αν είναι τεχνικά εφικτή και διατίθεται από την Υπηρεσία ο ανάλογος ειδικός εξοπλισμός - με την επιτόπια μέτρηση από Τεχνικό Ελεγκτή του ΕΚΑΒ με τη χρήση διακριβωμένου οργάνου μέτρησης ηχοστάθμης (ηχόμετρο).



- Πιστοποιητικό διαπιστευμένου φορέα σχετικά με τον τρόπο και τα μέσα στήριξης του εξοπλισμού μεταφοράς ασθενών, των πυροσβεστήρων και των φιαλών οξυγόνου.
- Αντίγραφο έγκρισης τύπου του ασθενοφόρου οχήματος.
- Αντίγραφο τελευταίας έκδοσης της Άδειας Κυκλοφορίας σε περίπτωση μεταχειρισμένου οχήματος καθώς και επίσημη μετάφρασή της, στην Ελληνική ή Αγγλική γλώσσα για μεταχειρισμένο όχημα προερχόμενο από χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) . Όταν το αναφερόμενο όχημα στην άδεια κυκλοφορίας χαρακτηρίζεται ως "Ασθενοφόρο", και εμφανίζεται ο αριθμός θέσεων, συμπεριλαμβανομένων των καθισμάτων στον χώρο ασθενούς, δεν είναι απαραίτητη η προσκόμιση της Έγκρισης Τύπου του οχήματος.
- Βεβαίωση Εργοστασίου Κατασκευής ή Διασκευαστή που να πιστοποιεί ότι το κάθισμα ή τα καθίσματα (όταν υπάρχουν περισσότερα του ενός) στον θάλαμο ασθενούς είναι κατάλληλα για χρήση εν κινήσει. Η βεβαίωση είναι απαραίτητη σε κάθε περίπτωση που στην άδεια κυκλοφορίας (μεταχειρισμένο όχημα) ή στην Έγκριση τύπου δεν εμφανίζεται ο αριθμός των καθισμάτων-θέσεων στον θάλαμο ασθενούς ώστε έτσι να προκύπτει η καταλληλότητα τους για χρήση εν κινήσει. Πιστοποιητικό ταξινόμησης (τελωνειακής αρχής) του οχήματος ή άλλο έγγραφο δημόσιου φορέα στο οποίο να αναγράφονται τα στοιχεία του οχήματος (αρ. πλαισίου, αρ. κινητήρα, κυλινδρισμός κ.λπ.)

3. Όταν ο ενδιαφερόμενος είναι ιδιωτικός φορέας κατατίθεται αίτηση που θα αναγράφει :

«Ο φορέας με την επωνυμία ....., τον οποίο νόμιμα εκπροσωπώ, περιλαμβάνεται μεταξύ των φορέων που δικαιούνται χορήγησης άδειας Φ.Ι.Χ. μεταφοράς ασθενών (ασθενοφόρων) σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία,, λειτουργεί νόμιμα και το ασθενοφόρο όχημα εργοστασίου κατασκευής ....., τύπου ..... με αριθμό πλαισίου ..... και αριθμό κινητήρα ....., για το οποίο ζητείται η βεβαίωση καταλληλότητας από το ΕΚΑΒ, θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και μόνο από τον ως άνω φορέα για την εξυπηρέτηση των μεταφορικών αναγκών του στο πλαίσιο του σκοπού και της δραστηριότητας του».

4. Την ενιαία [Υπεύθυνη Δήλωση](#) που θα αναγράφονται τα :

- «Έλαβα γνώση των όρων και υποχρεώσεων σχετικά με την στελέχωση του ασθενοφόρου και τη διακίνηση των ασθενών ή τραυματιών ή εξεταζόμενων, σύμφωνα με τις οποίες πρέπει να στελεχώνεται από οδηγό και συνοδηγό, οι οποίοι θα πρέπει να διαθέτουν τα τυπικά προσόντα της ειδικότητας Διασώστης-Πλήρωμα Ασθενοφόρου και, ομοίως, να διαθέτουν πιστοποίηση του Εθνικού Οργανισμού Πιστοποίησης Προσόντων Επαγγελματικού Προσανατολισμού και άδεια άσκησης επαγγέλματος και το ασθενοφόρο θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για την εξυπηρέτηση των μεταφορικών αναγκών του φορέα που εκπροσωπώ, χωρίς άμεση ή έμμεση είσπραξη κομίστρου (υπ' αριθμ. 120207/10-05-2021 Απόφαση του Υφυπουργού Υποδομών και Μεταφορών (ΦΕΚ Β 2203/26.5.2021))».
- «Ο φορέας τον οποίο νόμιμα εκπροσωπώ, υποχρεούται εντός δέκα (10) ημερών από την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας να προσκομίσει στο ΕΚΑΒ επικυρωμένο αντίγραφο της άδειας κυκλοφορίας του ασθενοφόρου οχήματος καθώς και αναγγελία πρόσληψης προσωπικού για την στελέχωση του εν λόγω οχήματος. Επίσης, ο φορέας σε οποιαδήποτε μεταβολή της κατάστασης της άδειας κυκλοφορίας υποχρεούται να προσκομίζει στο ΕΚΑΒ εντός δέκα (10) ημερών αντίγραφο της άδειας και των μεταβολών της, όπως επίσης θα ενημερώνει το ΕΚΑΒ στην περίπτωση μεταβολής της κατάστασης του προσωπικού που στελεχώνει το εν λόγω όχημα».



5. Υπεύθυνη Δήλωση για διαθέσιμα ασθενοφόρα ιδιοκτησίας του φορέα.
6. Υπεύθυνη Δήλωση για την περιοχή δραστηριοποίησης του ασθενοφόρου.
7. Για τους αιτούντες της κατηγορίας (ζζ) απαιτείται στην Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/1986 να προστεθεί, ότι το συγκεκριμένο ασθενοφόρο θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τις ανάγκες διακομιδών ασθενών, από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 40 του ν. 4999/2022 (Α' 225), χωρίς άμεση ή έμμεση είσπραξη κομίστρου από τους ασθενείς.
8. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες αποδεδειγμένα για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας είναι προαπαιτούμενη η άδεια κυκλοφορίας ασθενοφόρου οχήματος, θα ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ στην ενσωματωμένη ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ του Ν.1599/1986 περί της καταθέσεως αίτησης προς την αρμόδια υπηρεσία για την έκδοση της άδειας λειτουργίας, με ταυτόχρονη ανάληψη υποχρέωσης προσκόμισής της άδειας λειτουργίας αμέσως μετά την έκδοσή της.
9. Υπεύθυνη Δήλωση ότι «το προσκομιζόμενο για εξέταση όχημα φέρει τον κάτωθι εξοπλισμό ο οποίος νόμιμα βρίσκεται στην κατοχή του οικονομικού φορέα που εκπροσωπώ και προορίζεται για αποκλειστική χρήση στο αιτούμενο στην άδεια ασθενοφόρο και δεσμεύομαι να δηλώσω άμεσα την οποιαδήποτε μεταβολή προκύψει από εκούσιο ή ακούσιο λόγο».
10. Αντίγραφο καταστατικού οργανισμού του φορέα .

Σημειώνεται ότι για την χορήγηση της βεβαίωσης καταλληλότητας, ο ενδιαφερόμενος κατόπιν ειδοποίησής του από την υπηρεσία, υποχρεούται να μεταφέρει το όχημα σε συνεργείο του ΕΚΑΒ, αφού προηγηθεί απολύμανση, προκειμένου να γίνει ο τεχνικός και υγειονομικός έλεγχος από τους αρμόδιους υπαλλήλους.

Επίσης, οι υπηρεσίες του ΕΚΑΒ δύνανται, κατά περίπτωση, να ζητούν από τους ενδιαφερόμενους επιπρόσθετα στοιχεία, εφόσον κριθούν απαραίτητα, για τον έλεγχο της συνδρομής των προϋποθέσεων χορήγησης της βεβαίωσης καταλληλότητας ασθενοφόρου οχήματος.

Διευκρινίζεται ότι ο φάκελος θα αρχειοθετείται όταν δεν έχει όλα τα έγγραφα που απαιτούνται και δεν προσκομίζονται σε εύλογο χρονικό διάστημα, το οποίο δεν θα υπερβαίνει τις τριάντα (30) ημέρες.

## Οδηγίες

- Το υπόδειγμα αίτησης με ενσωματωμένη την συνολική Υπεύθυνη Δήλωση και των πινάκων με τα σημεία τεχνικού και νοσηλευτικού ελέγχου αποστέλλεται στον ενδιαφερόμενο σε μορφότυπο word, με κενά στα σημεία που πρέπει να συμπληρωθούν. Για την ευκολία του αιτούντος στα κενά υπάρχουν αριθμοί που τοποθετώντας τον καταδείκτη (κέρσορα), παραπέμπουν στις σημειώσεις στο τέλος του εγγράφου,
- Η ηλεκτρονική αίτηση με ενσωματωμένη την συνολική Υπεύθυνη Δήλωση υποβάλλεται σε μορφότυπο PDF, ατελώς, μόνο στην διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου [ekab@ekab.gr](mailto:ekab@ekab.gr) από τον νόμιμο εκπρόσωπο του οικονομικού φορέα που αιτείται την έκδοση της καταλληλότητας
- Η ηλεκτρονική αίτηση και κάθε άλλο επισυναπτόμενο έγγραφο του αιτούντος, θα φέρει την βεβαίωση (υπογραφή) μέσω της εφαρμογής «Ψηφιακή Βεβαίωση Εγγράφου» <https://docs.gov.gr/start/>
- Το παράρτημα και τα περιεχόμενα δεν αποτελούν μέρος της αίτησης και θα απαλείφονται πριν την υποβολή, καθώς έχουν αποκλειστικά επικουρικό σκοπό.



- Για να είναι δυνατός ο έλεγχος από την υπηρεσία ή από κάθε αρμόδιο φορέα της αίτησης και κάθε άλλου επισυναπτόμενου εγγράφου που ως φερόμενο εκδότη θα εμφανίζει τον αιτούντα, θα γίνεται είτε με τον κωδικό επαλήθευσης του εγγράφου, είτε με το QR code που θα προκύπτει από την εφαρμογή «Ψηφιακή Βεβαίωση Εγγράφου» GOV.GR.
- Στην περίπτωση που εξουσιοδοτείται κάποιο πρόσωπο, σε διαφορετικό από την παρούσα έγγραφο, θα επισυνάπτεται και η εξουσιοδότηση αυτή, η οποία θα πρέπει να δημιουργείται μέσω της εφαρμογής gov.gr
- Τα επισυναπτόμενα έγγραφα που προέρχονται από ψηφιοποίηση έγχαρτου στοιχείου θα πρέπει να έχουν ελάχιστη ανάλυση 250 dpi για έγγραφα μεγέθους A4 και μέγιστη 600dpi και σε μορφότυπο PDF με ελεύθερη πρόσβαση σε αυτό.
- Τα υποβαλλόμενα στοιχεία των οικονομικών φορέων δεν αποτελούν στοιχεία που υπόκεινται στις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων. Σε περίπτωση που στην αίτηση ή σε κάποιο έγγραφο γίνεται επίκληση ή αναφορά ότι τα παρεχόμενα στοιχεία χρήζουν προστασία από τον προαναφερόμενο κανονισμό, η αίτηση δεν θα εξετάζεται.
- Τα έγγραφα που έχουν εκδοθεί από εφαρμογές αρχών, όπως επιμελητήρια, θα επισυνάπτονται όπως έχουν εκδοθεί στην αρχική τους μορφή και όχι μετά από ψηφιοποίηση με την χρήση τεχνικών μέσω όπως σαρωτές (scanners) ή άλλα.
- Στο πεδίο της Υπεύθυνης Δήλωσης, θα επιλέγονται και θα συμπληρώνονται μόνο οι παράγραφοι και οι δηλώσεις που ισχύουν. Σε περίπτωση αλλοίωσης του περιεχομένου, θα ακυρώνεται η αίτηση.
- Στην θέση απόθεσης των φωτογραφιών, θα διαγραφούν οι ενδεικτικές φωτογραφίες και θα τοποθετηθούν οι φωτογραφίες που αφορούν το όχημα.

## Ισχύον θεσμικό πλαίσιο

Για να δείτε το ΦΕΚ μεταφέρετε τον καταδείκτη (κέρσορα) της οθόνης πάνω στον αριθμό του νομοθετήματος ή της διάταξης και πιέστε συνδυαστικά στο πληκτρολόγιο το πλήκτρο ctrl και μετά το αριστερό «κλικ» στην συσκευή κατάδειξης (ποντίκι) και θα σας δοθεί η δυνατότητα ή θα μεταφερθείτε αυτόματα ανάλογα τις ρυθμίσεις του υπολογιστή σας, στην προβολή του αρχείου μέσω του δικτυακού τόπου (site) του Εθνικού Τυπογραφείου [www.et.gr](http://www.et.gr).

- Αριθμ. Απόφασης [110742](#) Τροποποίηση της υπό στοιχεία Α2/29542/5347/της 9 Αυγ./5 Σεπτ. 1991 «Χορήγηση αδειών κυκλοφορίας Φ.Ι.Χ. αυτοκινήτων σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 1959/1991» (Β'707). ΦΕΚ 2481Β/18-4-2023
- [Ν.4999](#) άρθρο 40 ΦΕΚ/225/Α/07-12-2022 ΜΕΡΟΣ Ι΄ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΟΧΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΚΑΤΑ ΚΥΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΔΙΟΙΚΗΣΕΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ Άρθρο 40 Διακομιδές ασθενών νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας
- Αριθμ. Απόφασης [120207](#) ΦΕΚ/Β/2203/26-05-2021 Τροποποίηση της περ. δ' της παρ. 4 του κεφ. Γ της υπό στοιχεία Α2/29542/5347/1991 (Β' 707) υπουργικής απόφασης
- Αριθμ. Απόφασης Αριθμ. Α [15242/824](#) ΦΕΚ 1433Β/16-4-2020 Τροποποίηση της περίπτωσης δ' της παραγράφου 4 του κεφ. Γ' της Α2/29542/5347/1991 υπουργικής απόφασης (Β' 707) «Χορήγηση αδειών κυκλοφορίας Φ.Ι.Χ. κατά το ν. 1959/19391 2020-04-16
- [ΠΔ 225/](#) ΦΕΚ 194<sup>Α</sup> 7-9-2000 (Μ.Χ.Α.)
- Αριθμ. Απόφασης [80255/4693/19](#) ΦΕΚ 61Β 21-1-2020 «Τροποποίηση της υπό στοιχεία Α2/29542/5347/της 9 Αυγ./5 Σεπτ. 1991 «Χορήγηση αδειών κυκλοφορίας Φ.Ι.Χ. αυτοκινήτων σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 1959/1991» (Β'707).
- [Ν.4486](#) ΦΕΚ/115/Α/7-8-2017, Άρθρο 59 Ρυθμίσεις Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.)
- [Ν.4368](#) ΦΕΚ/21/Α/21-02-2016, άρ.54 για το ΕΚΑΒ. (εναλλακτικός υπερασύνδεσμος για την εμφάνιση του νόμου [4368](#))
- Αριθ. Απόφασης [Α5/4730/635](#) ΦΕΚ 1328Β/30-5-2013 «Τροποποίηση της περίπτωσης δ της παραγράφου 4 του Κεφ. Γ της υπ' αριθμ. Α2/29542/5347/1991 υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 707 Β') «Χορήγηση αδειών κυκλοφορίας ΦΙΧ κατά το Ν. 1959/91».
- Αριθμ. Απόφασης [29949/1841](#) ΦΕΚ 2112Β 29-11-2009 «Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2007/46/ΕΚ ..... (οδηγία πλαίσιο)»
- Αριθμός Απόφασης [Α5/31536/2624](#) ΦΕΚ/754Β/6-6-2005 «απόφαση του Υπ. Μεταφορών η οποία τροποποιεί την υπ. Αριθμ. Α2/29542/5347 κοινή υπουργική απόφαση για την χορήγηση αδειών κυκλοφορίας ΦΙΧ αυτοκινήτων σύμφωνα με τις διατάξεις του ν 1959/1991»
- Υπ. Αποφ. [Α2/29542/5347](#) ΦΕΚ 707/Β/5-9-1991
- [ΠΔ 103/47/Α 2-4-1990](#)
- Ν. Δ. [400/10/Α/17-1-1970](#)



**ΣΗΜΕΙΑ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ**

A/A	Σημεία Ελέγχου	Επεξήγηση
1	<b>Αριθμός πλαισίου</b>	Ο έλεγχος, επιτυγχάνεται συγκρίνοντας τον χαραγμένο αριθμό πλαισίου του οχήματος, με αυτόν που αναγράφεται στο πιστοποιητικό τελωνειακής αρχής. <b>Προσοχή :</b> <u>Ο αριθμός πλαισίου πρέπει να είναι χαραγμένος στο πλαίσιο και όχι τυπωμένος σε ταμπελάκι ή αυτοκόλλητο που ενδεχομένως να υπάρχει στο όχημα.</u>
2	<b>Τύπος κινητήρα</b>	Ο έλεγχος επιτυγχάνεται συγκρίνοντας τον κωδικό που είναι χαραγμένος- “χτυπημένος” στο κυρίως τμήμα του κινητήρα (κορμός), με αυτόν που αναγράφεται στο πιστοποιητικό τελωνειακής αρχής. Σε περίπτωση που ο ανωτέρω κωδικός βρίσκεται σε δυσπρόσιτο μη εμφανές σημείο, ο τεχνικός αναγράφει στο αντίστοιχο σημείο του εντύπου ελέγχου «ΜΗ ΔΥΝΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΙΘΜΟΥ ΚΙΝΗΤΗΡΑ».
3	<b>Φάρος</b>	Να διαθέτει τουλάχιστον τρεις (3). Στο εμπρόσθιο τμήμα της οροφής έναν (1) ή πολυφαρικό σύστημα και στο οπίσθιο αντίστοιχα δυο (2) ή πολυφαρικό σύστημα.
4	<b>Σειρήνα</b>	Να διαθέτει ακουστική ισχύ τουλάχιστον 117 db σε απόσταση τριών (3) μέτρων από το κέντρο της ηχητικής πηγής. Η διαπίστωση του ανωτέρω θα πιστοποιείται : 1. Είτε με βεβαίωση του εργοστασίου κατασκευής στην Ελληνική ή την Αγγλική γλώσσα. 2. Είτε με πιστοποιητικό/ βεβαίωση διαπιστευμένου- πιστοποιημένου φορέα ελέγχου (π.χ ΕΛΟΤ, Δημόσιο ή Ιδιωτικό ΚΤΕΟ κατόπιν διενέργειας Εκούσιου Τεχνικού Ελέγχου, κλπ). 3.Είτε με επιτόπια μέτρηση από Τεχνικό Ελεγκτή του ΕΚΑΒ με τη χρήση διακριβωμένου οργάνου μέτρησης στάθμης ήχου (ηχόμετρο) εφόσον υπάρχει.
5	<b>Σημάνσεις</b>	α. Να αναγράφεται η λέξη «ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ» στα εξωτερικά πλαϊνά τμήματα του ασθενοφόρου. β. Να αναγράφεται η λέξη «AMBULANCE» ή «ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ» αντεστραμμένα στο εμπρόσθιο τμήμα του ασθενοφόρου (καπό κινητήρα). Τα γράμματα των παραπάνω σημείων θα είναι από φωτοανακλαστικό υλικό με ύψος τουλάχιστον 9 εκ. γ. Να αναγράφεται στα εξωτερικά πλαϊνά τμήματα του ασθενοφόρου η επωνυμία του φορέα που ανήκει το ασθενοφόρο. Η διαπίστωση του, πραγματοποιείται από το καταστατικό του οργανισμού του φορέα. δ. Δεν επιτρέπεται η τοποθέτηση-ύπαρξη ταινίας περιμετρικά του οχήματος χρώματος κίτρινου, ή πορτοκαλί οποιαδήποτε μορφής και σχηματισμού (συνεχούς, διακεκομμένης, κλπ) προκειμένου να αποφευχθεί η σύγχυση με τα αντίστοιχα κρατικά οχήματα. Επίσης, δεν επιτρέπεται σε περίπτωση χρήσης περιμετρικής ταινίας, αυτή να περιέχει ένα εκ των προαναφερομένων χρωμάτων σε οποιαδήποτε μορφή και σχήμα.
6	<b>Θέρμανση</b>	Να υπάρχει και να λειτουργεί σύστημα αυτόνομης θέρμανσης στο θάλαμο ασθενών μέσω ξεχωριστής παροχής αέρα και ικανότητας θέρμανσης του εν λόγω χώρου.

7	<b>Σύστημα Κλιματισμού</b>	Να υπάρχει και να λειτουργεί σύστημα κλιματισμού στον θάλαμο ασθενών.
8	<b>Πυροσβεστήρες</b>	Σύμφωνα με την Υ.Α 50292/3549/08 (ΦΕΚ 272Β/2009), να διαθέτει έναν πυροσβεστήρα τύπου 2 (φορητός ξηράς κόνεως κατάλληλος για κατηγορίες πυρκαγιάς Α , Β , C και για ηλεκτρικό ρεύμα τάσης έως 1000V με ελάχιστη κατασβεστική ικανότητα 13Α, 34Β, C) στον χώρο του οδηγού (θάλαμο οδήγησης) και έναν επιπλέον πυροσβεστήρα ίσης ή μεγαλύτερης κατασβεστικής ικανότητας στον θάλαμο ασθενούς.
9	<b>Εξοπλισμός μεταφοράς ασθενών</b>	Να διαθέτει ισχυρή στήριξη σε στιβαρά σημεία του αμαξώματος με χρήση μεταλλικών συνδέσμων, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα του Πρότυπου EN1789/2007. Η διαπίστωση επιτυγχάνεται με κατάλληλο πιστοποιητικό διαπιστευμένου φορέα.
10	<b>Καθίσματα</b>	Η ύπαρξη καθισμάτων συνοδών στο χώρο ασθενούς θα πρέπει να προβλέπεται από την έγκριση τύπου του ασθενοφόρου καθώς και να επιτρέπεται η χρήση τους εν κινήσει. Η διαπίστωση του επιτυγχάνεται από την έγκριση τύπου. Σε μεταχειρισμένο όχημα δύναται να προσκομιστεί η τελευταία έκδοση της άδειας κυκλοφορίας στην οποία αν το όχημα περιγράφεται ως ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ, και αναφέρεται ο αριθμός θέσεων –καθισμάτων συμπεριλαμβανομένων αυτών του θαλάμου ασθενούς, τότε επέχει θέση Έγκρισης Τύπου. Στην περίπτωση που κάθισμα ή καθίσματα στον θάλαμο ασθενούς δεν περιλαμβάνονται στην έγκριση τύπου ή στην άδεια κυκλοφορίας (μεταχειρισμένο όχημα), τότε θα τοποθετείται πινακίδα καταλλήλου μεγέθους σε εμφανές σημείο με την ένδειξη " ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΘΙΣΜΑΤΟΣ ΕΝ ΚΙΝΗΣΕΙ " .
11	<b>Λοιπός εξοπλισμός</b>	Α. Να διαθέτει επαρκή φωτισμό (πλαφονιέρα οροφής) στο θάλαμο ασθενούς. Β. Να υπάρχει και να λειτουργεί σύστημα εξαερισμού στο θάλαμο ασθενούς. Γ. Να διαθέτει ισχυρή στήριξη των πυροσβεστήρων και των φιαλών οξυγόνου O <sub>2</sub> , έτσι ώστε σε περίπτωση σύγκρουσης ή ανατροπής να συγκρατούνται επαρκώς, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα του Πρότυπου EN1789/2007. Η διαπίστωση επιτυγχάνεται με κατάλληλο πιστοποιητικό διαπιστευμένου φορέα.

**ΣΗΜΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ**

A/A	Υλικό	τεμ	A/A	Υλικό	τεμ
1	Δελτίο μεταφοράς ασθενών	1	35	Μάσκα 100%	2
2	Σεντόνια	5	36	Μάσκα VENTOURI	2
3	Φιάλες O <sub>2</sub> (2 m <sup>3</sup> )	3	37	Μάσκα μίας χρήσης	10
4	Φιάλες O <sub>2</sub> (1 m <sup>3</sup> )	1	38	Ζελέ (jell)	1
5	Χαρτοβάμβακα	2	39	Συσκευές βαρελάκι	1
6	Γάντια λάτεξ Μ (100 τεμ)	1	40	Συσκευές ορού	5
7	Γάντια λάτεξ L (100 τεμ)	1	41	Λάστιχο αιμοληψίας	2
8	Γάντια σαγρέ (100 τεμ)	2	42	Λευκοπλάστ	2
9	Γυαλάκια	6	43	Tegatherm	6
10	Απολυμαν. επιφανειών	1	44	Φλεβοκαθετήρες παιδικοί	2
11	Οξυζενέ	1	45	Φλεβοκαθετήρες μπλε	5
12	Απολυμαντικό χεριών	1	46	Φλεβοκαθετήρες ροζ	5
13	Betadine	1	47	Φλεβοκαθετήρες πράσινοι	5
14	Γάζες πακέτα 10x10	15	48	Φλεβοκαθετήρες γκρι	5
15	Γάζες αποστειρωμένες	2	49	Σύριγγες ινσουλίνης	5
16	Γάζες Fucidin	2	50	Σύριγγες 2ml	5
17	Σεντόνια αλουμινίου	2	51	Σύριγγες 5ml	5
18	Στικ αμμωνίας	1	52	Σύριγγες 10ml	5
19	Σακούλες εμετού	10	53	Σύριγγες 20ml	1
20	Νεφροειδή	5	54	Σύριγγες 60ml	1
21	Επίδεσμοι 12cm	3	55	Ορός rigger lactate 500ml	2
22	Επίδεσμοι 10cm	3	56	Ορός 0,9% 500ml	2
23	Επίδεσμοι 8cm	3	57	Ορός 5% 500ml	2
24	Αεραγωγοί 0	3	58	Ορός Παιδικός 1+4	1
25	Αεραγωγοί 1	3	59	ΝΕΛΑΤΟΝ ΚΟΚΚΙΝΟ (No 18)	3
26	Αεραγωγοί 2	3	60	ΝΕΛΑΤΟΝ ΠΡΑΣΙΝΟ (No 14)	3
27	Αεραγωγοί 3	3	61	ΝΕΛΑΤΟΝ ΠΟΡΤ. (No 16)	3
28	Αεραγωγοί 4	3	62	ΝΕΛΑΤΟΝ ΜΠΛΕ (No 8)	3
29	Αυχενικά κολλάρα S	2	63	Ουροσυλλέκτες	1
30	Αυχενικά κολλάρα M	3	64	Σάκος Νεκρού	2
31	Αυχενικά κολλάρα L	3	65	Ταινίες One Touce	1
32	Αυχενικά κολλάρα XL	1	66	Δοχείο απόρ. Βελονών	1
33	Μάσκα απλή ενηλίκων	3	67	Χειρουργικές ποδιές 1ας χρ.	6
34	Μάσκα απλή παιδική	2	68	Γυαλία μίας χρήσης	6



	<b>Να περιέχει και να είναι λειτουργικός ο παρακάτω εξοπλισμός</b>	
A/A	Περιγραφή	
	Φορείο ασθενούς	
	Στρώμα φορείου	
	Ζώνη ασφαλείας πρόσδεσης ασθενούς	
	Εφεδρικό σπαστό φορείο	
	Εφεδρικές ζώνες (1-2 ζεύγη) ασφαλείας πρόσδεσης ασθενούς στο εφεδρικό φορείο	
	Κάθισμα μεταφοράς ασθενούς	
	Ζώνες ασφαλείας πρόσδεσης ασθενούς	
	Κάθισμα νοσηλευτή	
	Ζώνες πρόσδεσης νοσηλευτή	
	Στρώμα κενού	
	Εφεδρικές ζώνες (1-2 ζεύγη) ασφαλείας πρόσδεσης ασθενούς στο στρώμα κενού	
	Χειροκίνητη αντλία κενού	
	Σανίδα ακινητοποίησης πολυτραυματία	
	Εφεδρικές ζώνες (1-2 ζεύγη) ασφαλείας πρόσδεσης ασθενούς στην σανίδα ακιν.	
	Σάκος γενικών εφοδίων Α' βοηθειών	
	Βαλίτσα Α' βοηθειών	
	Συσκευή τεχνητού αερισμού (AMBU)	
	Αυτόματος απινιδωτής <sup>xxii</sup> Μοντέλο..... Αριθμός παραγωγής (s/n).....	Να συμπληρωθεί το μοντέλο και ο σειριακός αριθμός του μηχανήματος
	Patch αυτόματου απινιδωτή	
	Αναρρόφηση ηλεκτρική φορητή <sup>xxiii</sup> Μοντέλο..... Αριθμός παραγωγής (s/n).....	Να συμπληρωθεί το μοντέλο και ο σειριακός αριθμός του μηχανήματος
	Αναρρόφηση ηλεκτρική επιτοίχια <sup>xxiv</sup> Μοντέλο..... Αριθμός παραγωγής (s/n)	
	Παλμικό οξύμετρο <sup>xxv</sup> Μοντέλο..... Αριθμός παραγωγής (s/n)	
	Φιάλη Οξυγόνου 10 λιτ	
	Φιάλη Οξυγόνου 2 λιτ με μανοεκτονωτές	
	Νάρθηκες αυχένα παιδικοί μέγεθος S-M-L	
	Νάρθηκες αυχένα παιδικοί μέγεθος S	
	Αερονάρθηκες ακινητοποίησης άκρων σετ 6 τεμ	
	Πιεσόμετρο με/άνευ ακουστικών	
	Ακουστικά	

## Σημειώσεις

<sup>i</sup> Το αρχείο της αίτησης θα ονοματιστεί με αρχή του ονόματος το ΑΦΜ του οικονομικού φορέα και αμέσως μετά την συντομογραφία ΑΙΤ και αν αφορά το πρώτο . Πχ αν το ΑΦΜ σας είναι 001122334, το όνομα του αρχείου θα είναι «001122334ΑΙΤ».

<sup>ii</sup> **Η εξουσιοδότηση γίνεται στο φυσικό πρόσωπο που θα προσκομίσει το όχημα για εξέταση στους χώρους του ΕΚΑΒ**

<sup>iii</sup> **Στο πεδίο αυτό να καταχωρίσετε την ή τις κατηγορίες για τις οποίες αιτήστε την έκδοση της βεβαίωσης καταλληλότητας.**

**αα)** ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ κλινικές ή επιχειρήσεις που απασχολούν εργάτες ή τεχνίτες.

**ββ)** Ιατρικά διαγνωστικά κέντρα τα οποία διαθέτουν κατάλληλο εξοπλισμό για εξειδικευμένες εξετάσεις προς μεταφορά των εξεταζομένων σε αυτά.

**γγ)** Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης (Μ.Χ.Α.) που λειτουργούν εκτός Νοσοκομείων και Κλινικών,

**δδ)** Γηροκομεία, οίκους ευγηρίας και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα προς μεταφορά των διαμενόντων σε αυτούς.

**εε)** Ασφαλιστικές επιχειρήσεις που νόμιμα ασκούν τον ασφαλιστικό κλάδο 18 «βοήθεια» του άρθρου 13 του ν.δ. 400/1970 προς μεταφορά ασφαλισμένων προσώπων, χωρίς άμεση ή έμμεση είσπραξη κομίστρου,

**στ)** Ο.Τ.Α. α' βαθμού (Δήμους) που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες σε πολυιατρεία, για τη μεταφορά των εξεταζόμενων δημοτών που αδυνατούν να μετακινηθούν.

**ζζ)** Επιχειρήσεις με αμιγώς ιατρικό – νοσηλευτικό αντικείμενο (κατ' οίκον παροχή νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών), αποκλειστικά και μόνο για τη δραστηριότητα διακομιδών ασθενών, από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 40 του ν. 4999/2022 (Α' 225).». Απαιτείται και Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/1986, ότι το συγκεκριμένο ασθενοφόρο θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τις ανάγκες διακομιδών ασθενών, από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 40 του ν. 4999/2022 (Α' 225), χωρίς άμεση ή έμμεση είσπραξη κομίστρου από τους ασθενείς».

**ηη)** Κοινωνική Σωματεία, Εθελοντικούς συλλόγους ανθρωπιστικής βοήθειας ή Συλλόγους μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα που δραστηριοποιούνται στην Υποστήριξη, Προστασία, Αποκατάσταση και παροχή Ιατρικής Φροντίδας σε ανήλικα παιδιά.

**θθ)** Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.), δημόσιες ή ιδιωτικές, που ιδρύονται και λειτουργούν κατά το άρθρο 30 του ν. 4486/2017 (Α' 115), είτε ως αυτοτελείς μονάδες, είτε ως τμήματα ιδιωτικών κλινικών.

<sup>iv</sup> **Να αναγραφεί πού θα αξιοποιηθεί στην έδρα ή σε κάποιο υποκατάστημα του οικονομικού φορέα.**

<sup>v</sup> **Να επιλέξετε την πόλη που επιθυμείτε να εξεταστεί το όχημα. Οι διαθέσιμες επιλογές είναι α) Αθήνα και β) Θεσσαλονίκη**

<sup>vi</sup> Τα επισυναπτόμενα στοιχεία θα τα καταγράψετε στις υπο-παραγράφους της παραγράφου 1 της Υπεύθυνης Δήλωσης

<sup>vii</sup> Θα καταχωρηθούν και θα περιγράφουν τα κατά περίπτωση ορθά επισυναπτόμενα με την πλήρη περιγραφή τους ακολουθούμενα από την ίδια ακριβώς ονομασία του αρχείου που θα επισυνάψετε. Σε περίπτωση που επισυναφθούν άσχετα με την αίτηση στοιχεία, αυτά θα συνεκτιμηθούν και θα ζητηθεί από



---

τον αιτούντα να προσδιορίσει εκ νέου την αίτησή του, με αποτέλεσμα την χρονική επιμήκυνση της διαδικασίας. Πχ αν το ΑΦΜ σας είναι 001122334 και το αρχείο θα είναι η εξουσιοδότηση, το όνομα του αρχείου θα είναι « 001122334ΕΞΣ», ή «001122334ΥΔ» για Υπεύθυνη Δήλωση ή «001122334ΚΑΤ» για το καταστατικό.

<sup>viii</sup> Μετά την είσοδο στην εφαρμογή «Taxisnet..» επιλέξτε «Μητρώο & επικοινωνία», μετά «Βεβαιώσεις μητρώου», στην συνέχεια «Τρέχουσα εικόνα οντότητας/επιχείρησης» και στο τέλος στο κάτω δεξιό τμήμα της οθόνης επιλέξτε «Έκδοση». Προσομοίωση βεβαίωσης με διαφορετικό τρόπο από τον περιγραφόμενο, δεν θα γίνεται δεκτή.

<sup>ix</sup> περιγραφή της ανάγκης πχ της έδρας της επιχείρησης, του υποκαταστήματος για κερδοσκοπικές επιχειρήσεις, σωματεία, ή περιοχή και ΚΥ που βρίσκονται υπό τον έλεγχο σε περίπτωση ΝΠΔΔ ή άλλων πλήρως ενταγμένων στο ΕΣΥ ΝΠΙΔ

<sup>x</sup> Αυτή η δήλωση δεν αφορά τα νοσοκομεία που είναι ΝΠΔΔ , ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και είναι πλήρως ενταγμένα στο Ε.Σ.Υ.. ή μοναδικός μέτοχος είναι το Ελληνικό Δημόσιο

<sup>xi</sup> Θα συμπληρωθεί από τον αιτούντα

<sup>xii</sup> Να σημειωθεί ποιο από τα επισυναπτόμενα ικανοποιεί αυτή την συνθήκη

<sup>xiii</sup> Να σημειωθεί ποιο από τα επισυναπτόμενα ικανοποιεί αυτή την συνθήκη

<sup>xiv</sup> Να σημειωθεί ποιο από τα επισυναπτόμενα ικανοποιεί αυτή την συνθήκη

<sup>xv</sup> Να σημειωθεί ποιο από τα επισυναπτόμενα ικανοποιεί αυτή την συνθήκη

<sup>xvi</sup> Για να γίνει δεκτή η αίτηση πρέπει στην στήλη «Δήλωση» να έχει συμπληρωθεί από τον υπογράφοντα την αίτηση με «Ναι» και θα επαληθευθεί κατά τον έλεγχο του οχήματος

Οι στήλες «ΝΑΙ-ΟΧΙ & Παρατηρήσεις», παραμένουν κενές και σημειώνονται μόνο από τους αρμοδίους επιθεωρητές του ΕΚΑΒ κατά τον έλεγχο.

<sup>xvii</sup> Να συμπληρωθεί το μοντέλο και ο σειριακός αριθμός του μηχανήματος

<sup>xviii</sup> Να συμπληρωθεί το μοντέλο και ο σειριακός αριθμός του μηχανήματος

<sup>xix</sup> Να συμπληρωθεί το μοντέλο και ο σειριακός αριθμός του μηχανήματος

<sup>xx</sup> Να συμπληρωθεί το μοντέλο και ο σειριακός αριθμός του μηχανήματος

<sup>xxi</sup> αφαιρέστε τις φωτογραφίες και τοποθετήστε στην θέση τους τις πρόσφατες φωτογραφίες του οχήματος για το οποίο γίνεται η αίτηση

<sup>xxii</sup> Να συμπληρωθεί το μοντέλο και ο σειριακός αριθμός του μηχανήματος

<sup>xxiii</sup> Να συμπληρωθεί το μοντέλο και ο σειριακός αριθμός του μηχανήματος

<sup>xxiv</sup> Να συμπληρωθεί το μοντέλο και ο σειριακός αριθμός του μηχανήματος

<sup>xxv</sup> Να συμπληρωθεί το μοντέλο και ο σειριακός αριθμός του μηχανήματος