Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης

Παράρτημα C5/1 του Πιστοποιητικού Αρ.**1408**

ΕΠΙΣΗΜΟ ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ της ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗΣ

της

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ Ε.ΚΕ.Α.

ως Φορέα Ελέγχου, Τύπου Α
στον προαιρετικό τομέα ή/και
σύμφωνα με τις Εθνικές Κανονιστικές Διατάξεις

Αντικείμενο του Ελέγχου	**Τύπος του Ελέγχου**	**Κανονιστικές Διατάξεις / Πρότυπα / Εσωτερικές Διαδικασίες**
1. Διεργασίες Αιμοδοσίας, 2. Υπηρεσίες Μεταγγισιοθεραπείας 3. Εγκαταστάσεις (χώροι, εξοπλισμός)	Επιτόπια επιθεώρηση σε Κέντρα Αίματος/ Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Αιμοδοσίας/ Τμήματα Αιμοδοσίας, για τη διαπίστωση της συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις της σχετικής νομοθεσίας	Οι επιθεωρήσεις διεξάγονται επί των απαιτήσεων των κάτωθι Υπουργικών Αποφάσεων: • Αριθμ. Γ2γ/57384 Ορισμός Κέντρων Αίματος και Νοσοκομειακών Υπηρεσιών αιμοδοσίας και προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας τους. • Αριθμ. Γ2γ/34513 Συμπλήρωση της Γ2γ/57384/21.11.2017 απόφασης του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας. • Αριθμ. Γ2γ/οικ5471 Προϋποθέσεις διασύνδεσης και χορήγησης αδείας συντήρησης αίματος σε ιδιωτικές κλινικές.

**Η διαπίστευση αφορά αποκλειστικά και μόνο τη συμμόρφωση ως προς τις απαιτήσεις των ανωτέρω προτύπων/προδιαγραφών που σχετίζονται με την φόρτωση/εκφόρτωση και τον ποσοτικό έλεγχο.*

Διεύθυνση του Φορέα : **ΟΛΥΜΠΙΟΝΙΚΗ ΧΡ. ΜΑΝΤΙΚΑ 7, 13677 ΑΧΑΡΝΕΣ**
Εξουσιοδοτημένος υπεύθυνος υπογραφής**: Κωνσταντίνος Σταμούλης**

Το Πιστοποιητικό Διαπίστευσης Αρ.**1408**, κατά ΕΛΟΤ ΕΝ ISO/IEC 17020:2012 ισχύει μέχρι 13.06.2029.

Αθήνα,14.06.2024

Χρήστος Νέστορας
Διευθύνων Σύμβουλος του ΕΣΥΔ