

Ε.Ε. Παρ. ΙΙΙ(Ι)  
Αρ. 6053, 16.10.2026

Κ.Δ.Π. 364/2026

Αριθμός 364

ΟΙ ΠΕΡΙ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΙ ΤΟΥ 2001 ΕΩΣ 2026

Διάταγμα δυνάμει του άρθρου 64(5)

89(Ι) του 2001  
134(Ι) του 2002  
101(Ι) του 2004  
62(Ι) του 2005  
74(Ι) του 2017  
25(Ι) του 2020  
180(Ι) του 2022  
148(Ι) του 2023  
29(Ι) του 2025  
53(Ι) του 2025  
118(Ι) του 2025  
139(Ι) του 2025  
60(Ι) του 2026  
61(Ι) του 2026.

Ο Υπουργός Υγείας, ασκώντας τις εξουσίες που του παρέχονται δυνάμει του άρθρου 64(5) του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου, κατόπιν εισήγησης του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας και με τη σύμφωνη γνώμη αυτού, εκδίδει το ακόλουθο Διάταγμα:

Συνοπτικός  
τίτλος.

1. Το παρόν Διάταγμα θα αναφέρεται ως το περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Προσωπικοί Ιατροί) Διάταγμα (Αρ. 4) του 2026 και θα διαβάζεται μαζί με τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Προσωπικοί Ιατροί) Κανονισμούς του 2019 έως Διάταγμα (Αρ. 3) του 2023 (που στο εξής θα αναφέρονται ως οι «βασικοί Κανονισμοί») και οι βασικοί Κανονισμοί και το παρόν Διάταγμα θα αναφέρονται μαζί ως οι περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Προσωπικοί Ιατροί) Κανονισμοί του 2019 έως Διάταγμα (Αρ. 4) του 2026.

Τροποποίηση του  
Παραρτήματος VI  
των βασικών  
Κανονισμών.

2. Το Παράρτημα VI των βασικών Κανονισμών τροποποιείται με την αντικατάστασή του με το Παράρτημα I του παρόντος Διατάγματος.

Τροποποίηση του  
Παραρτήματος  
VII των βασικών  
Κανονισμών.

3. Το Παράρτημα VII των βασικών Κανονισμών τροποποιείται με την αντικατάστασή του με το Παράρτημα II του παρόντος Διατάγματος.

Έναρξη  
ισχύος.

4. Το παρόν Διάταγμα τίθεται σε ισχύ από την ημερομηνία δημοσίευσής του στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι  
(Διαταγή 2)ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI  
(Κανονισμός 15)

| Στοιχεία και επισυναπτόμενα έγγραφα για υποβολή αίτησης εγγραφής στο Σύστημα:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Φυσικό πρόσωπο:                                                                                 |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Στοιχεία αιτητή<br>(όπως όνομα, επίθετο, ημερομηνία γέννησης).                                  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Επαγγελματικά στοιχεία<br>(όπως αριθμός πιστοποιητικού εγγραφής στο μητρώο ιατρών, ειδικότητα). |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Στοιχεία επικοινωνίας<br>(όπως αριθμός τηλεφώνου, διεύθυνση οικίας, διεύθυνση επικοινωνίας).    |
| <p>Στην αίτηση επισυνάπτονται αντίγραφα (όπου ισχύουν)-</p> <p>(α) δελτίου ταυτότητας / βεβαίωσης εγγραφής αλλοδαπού,</p> <p>(β) πιστοποιητικού εγγραφής στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου,</p> <p>(γ) πιστοποιητικού αναγνώρισης ιατρικής ειδικότητας,</p> <p>(δ) πιστοποιητικού αναγνώρισης εξειδίκευσης,</p> <p>(ε) πιστοποιητικού συμμετοχής ή παρακολούθησης του ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος του Υπουργείου Υγείας ή πιστοποιητικού άσκησης ιατρού για σκοπούς ειδίκευσης,</p> <p>(στ) άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος,</p> <p>(ζ) λογαριασμού κοινής ωφελείας που να επιβεβαιώνει τη διεύθυνση οικίας ή/και τη διεύθυνση επικοινωνίας</p> <p>(η) ποινικό μητρώο ή ισοδύναμο έγγραφο που εκδίδεται από αρμόδια αρχή της χώρας της συνήθους διαμονής του αιτητή, το οποίο να έχει εκδοθεί εντός των τελευταίων τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής του, το οποίο να μην περιλαμβάνει καταδίκη σε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα αδικήματα, η οποία δεν έχει αποκατασταθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Αποκαταστάσεως Καταδικασθέντων Νόμου:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>αδικήματα δυνάμει του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου,</li> <li>αδικήματα δυνάμει του περί της Παρεμπόδισης και Καταπολέμησης της Νομιμοποίησης Εσόδων από Παράνομες Δραστηριότητες Νόμου,</li> <li>αδικήματα δυνάμει του περί Καταπολέμησης της Τρομοκρατίας Νόμου,</li> <li>αδικήματα αναφορικά με τα ναρκωτικά,</li> <li>αδικήματα δυνάμει του περί της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Ποινικοποίηση της Διαφθοράς Νόμου,</li> <li>αδικήματα δυνάμει του περί Βίας στην Οικογένεια (Πρόληψη και Προστασία Θυμάτων) Νόμου,</li> <li>αδικήματα δυνάμει του περί της Πρόληψης και της Καταπολέμησης της Βίας κατά των Γυναικών και της Ενδοοικογενειακής Βίας και περί Συναφών Θεμάτων Νόμου,</li> <li>αδικήματα δυνάμει του περί της Πρόληψης και της Καταπολέμησης της Εμπορίας και Εκμετάλλευσης Προσώπων και της Προστασίας των Θυμάτων Νόμου,</li> <li>αδικήματα δυνάμει του περί της Καταπολέμησης Ορισμένων Μορφών και Εκδηλώσεων Ρατσισμού και Ξενοφοβίας μέσω του Ποινικού Δικαίου Νόμου,</li> <li>αδικήματα δυνάμει του περί της Σύμβασης κατά του Εγκλήματος μέσω του Διαδικτύου (Κυρωτικού) Νόμου,</li> <li>αδικήματα εναντίον της δημόσιας τάξης, αδικήματα εναντίον της άσκησης νόμιμης εξουσίας, αδικήματα εναντίον των ηθών, αδικήματα εναντίον του προσώπου, αδικήματα εναντίον περιουσίας,</li> <li>πλαστογραφία ή/και πλαστοπροσωπία,</li> <li>απόπειρα ή/και συννομωσία για τη διάπραξη των υπό αναφορά αδικημάτων.</li> </ol> <p>(θ) πιστοποιητικό που εκδίδεται δυνάμει του περί της Πρόληψης και της Καταπολέμησης της Σεξουαλικής Κακοποίησης, της Σεξουαλικής Εκμετάλλευσης Παιδιών και της Παιδικής Πορνογραφίας Νόμου, το οποίο να έχει εκδοθεί εντός των τελευταίων τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής του.</p> |                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| B.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Νομικό πρόσωπο ιδιωτικού ή δημόσιου δικαίου ή ενώσεις τους ή κρατικές υπηρεσίες υγείας:      |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Στοιχεία αιτητή<br>(όπως όνομα, επίθετο, εμπορική επωνυμία, αριθμός φορολογικής ταυτότητας). |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Στοιχεία εξουσιοδοτημένου υπογράφοντος<br>(όπως όνομα, επίθετο, ημερομηνία γέννησης).        |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Στοιχεία επικοινωνίας<br>(όπως αριθμός τηλεφώνου, διεύθυνση επικοινωνίας).                   |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Στοιχεία διαχειριστή συστήματος πληροφορικής<br>(όπως όνομα, επίθετο, ημερομηνία γέννησης).  |
| <p>Στην αίτηση επισυνάπτονται αντίγραφα πιστοποιητικών ή εγγράφων (όπου ισχύουν)-</p> <p>(α) σύστασης/εγγραφής, διεύθυνσης εγγεγραμμένου γραφείου/έδρας, καταλόγου διευθυντών και γραμματέα, ΦΠΑ, εκπροσώπησης,</p> <p>(β) λογαριασμού κοινής ωφελείας που να επιβεβαιώνει τη διεύθυνση επικοινωνίας και τη διεύθυνση του υποστατικού που θα παρέχονται οι υπηρεσίες,</p> <p>(γ) δελτίου ταυτότητας/βεβαίωσης εγγραφής αλλοδαπού εξουσιοδοτημένου υπογράφοντος και διαχειριστή συστήματος,</p> <p>(δ) πιστοποιητικού ότι η εταιρεία υφίσταται,</p> <p>(ε) πιστοποιητικού εξουσιοδοτημένων προσώπων να εκπροσωπούν την εταιρεία και τον τόπο εργασίας στις συναλλαγές με τρίτους και ενώπιον των δικαστηρίων και των αρχών (για αλλοδαπές εταιρείες),</p> <p>(στ) συμφωνίας συνεταιρών,</p> <p>(ζ) ποινικό μητρώο ή ισοδύναμο έγγραφο που εκδίδεται από αρμόδια αρχή της χώρας της συνήθους διαμονής του αιτητή, το οποίο να έχει εκδοθεί εντός των τελευταίων τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής του, το οποίο να μην περιλαμβάνει καταδίκη σε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα αδικήματα, η οποία δεν έχει αποκατασταθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Αποκαταστάσεως Καταδικασθέντων Νόμου:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. αδικήματα δυνάμει του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου,</li> <li>ii. αδικήματα δυνάμει του περί της Παρεμπόδισης και Καταπολέμησης της Νομιμοποίησης Εσόδων από Παράνομες Δραστηριότητες Νόμου,</li> <li>iii. αδικήματα δυνάμει του περί Καταπολέμησης της Τρομοκρατίας Νόμου,</li> <li>iv. αδικήματα αναφορικά με τα ναρκωτικά,</li> <li>v. αδικήματα δυνάμει του περί της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Ποινικοποίηση της Διαφθοράς Νόμου,</li> <li>vi. αδικήματα δυνάμει του περί Βίας στην Οικογένεια (Πρόληψη και Προστασία Θυμάτων) Νόμου,</li> <li>vii. αδικήματα δυνάμει του περί της Πρόληψης και της Καταπολέμησης της Βίας κατά των Γυναικών και της Ενδοοικογενειακής Βίας και περί Συναφών Θεμάτων Νόμου,</li> <li>viii. αδικήματα δυνάμει του περί της Πρόληψης και της Καταπολέμησης της Εμπορίας και Εκμετάλλευσης Προσώπων και της Προστασίας των Θυμάτων Νόμου,</li> <li>ix. αδικήματα δυνάμει του περί της Καταπολέμησης Ορισμένων Μορφών και Εκδηλώσεων Ρατσισμού και Ξενοφοβίας μέσω του Ποινικού Δικαίου Νόμου,</li> <li>x. αδικήματα δυνάμει του περί της Σύμβασης κατά του Εγκλήματος μέσω του Διαδικτύου (Κυρωτικού) Νόμου,</li> <li>xi. αδικήματα εναντίον της δημόσιας τάξης, αδικήματα εναντίον της άσκησης νόμιμης εξουσίας, αδικήματα εναντίον των ηθών, αδικήματα εναντίον του προσώπου, αδικήματα εναντίον περιουσίας,</li> <li>xii. πλαστογραφία ή/και πλαστοπροσωπία,</li> <li>xiii. απόπειρα ή/και συννομωσία για τη διάπραξη των υπό αναφορά αδικημάτων.</li> </ul> <p>(η) πιστοποιητικό που εκδίδεται δυνάμει του περί της Πρόληψης και της Καταπολέμησης της Σεξουαλικής Κακοποίησης, της Σεξουαλικής Εκμετάλλευσης Παιδιών και της Παιδικής Πορνογραφίας Νόμου, το οποίο να έχει εκδοθεί εντός των τελευταίων τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής του.</p> |                                                                                              |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II  
(Διαταγή 3)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII  
(Κανονισμός 16)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Στοιχεία και επισυναπτόμενα έγγραφα που απαιτούνται για υποβολή αίτησης σύναψης σύμβασης παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας από προσωπικούς ιατρούς:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                     |
| A.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Φυσικό πρόσωπο:                                                                                                                     |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Διεύθυνση υποστατικού που θα παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας.                                                              |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Στοιχεία ασφαλιστικής κάλυψης έναντι αμέλειας.                                                                                      |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού.                                                                                                    |
| <p>Στην αίτηση επισυνάπτονται αντίγραφα-</p> <p>(α) λογαριασμού κοινής ωφελείας που να επιβεβαιώνει τη διεύθυνση του υποστατικού που θα παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας,</p> <p>(β) έντυπου ωραρίου λειτουργίας υποστατικού,</p> <p>(γ) αντιγράφου ασφαλιστηρίου για ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας,</p> <p>(δ) βεβαίωσης στοιχείων τραπεζικού λογαριασμού στο όνομα του αιτητή εκδομένη από αδειοδοτημένο πιστωτικό ίδρυμα.</p> |                                                                                                                                     |
| B.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Νομικό πρόσωπο ιδιωτικού ή δημόσιου δικαίου ή ενώσεις τους ή κρατικές υπηρεσίες υγείας:                                             |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Διεύθυνση υποστατικού που θα παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας.                                                              |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Στοιχεία ασφαλιστικής κάλυψης έναντι αμέλειας.                                                                                      |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού.                                                                                                    |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Λίστα εγγεγραμμένων ιατρών στο σύστημα πληροφορικής που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας προσωπικού ιατρού εκ μέρους του αιτητή. |
| <p>Στην αίτηση επισυνάπτονται αντίγραφα πιστοποιητικών ή εγγράφων (όπου ισχύουν)-</p> <p>(α) ασφαλιστηρίου για ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας,</p> <p>(β) έντυπου ωραρίου λειτουργίας ανά υποστατικό,</p> <p>(γ) βεβαίωσης στοιχείων τραπεζικού λογαριασμού στο όνομα του αιτητή εκδομένη από αδειοδοτημένο πιστωτικό ίδρυμα.</p>                                                                                                         |                                                                                                                                     |