



## ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΕΔΔ ΣΕ ΑΣΤΕΡΙΑ ΚΑΙ ΚΛΕΙΔΙΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ			
Όνομα Υπευθύνου / Εκμεταλλευτή		Ταχυδρομική Διεύθυνση	
Διακριτικός Τίτλος		Νομός/Γεωγραφικό Διαμέρισμα	
Επωνυμία Εταιρείας/Επιχείρησης		Τηλέφωνο Επικοινωνίας	
Είδος Καταλύματος		Fax	
Αριθμός Μητρώου Ξ.Ε.Ε.		Email	
ΑΦΜ/ΔΟΥ.		Ιστοσελίδα	

Αίτηση: Τύπος Κατάταξης					
Αίτηση Αρχικής Κατάταξης		Αίτηση Μεταβολής Κατάταξης			Αίτηση Ανανέωσης Κατάταξης
Νέο Κατάλυμα <input type="checkbox"/>	Υφιστάμενο Κατάλυμα <input type="checkbox"/>	Αλλαγή Επιχείρησης <input type="checkbox"/>	Αναβάθμιση <input type="checkbox"/>	Άλλος λόγος (διευκρίνιση) <input type="checkbox"/>	Ανανέωση <input type="checkbox"/>
Πεδίο Πιστοποίησης					
Κατάταξη Ξενοδοχειακών Επιχειρήσεων Υ.Α. 216/2015, 19102/2016, 21654/2017, 17352/2018 & 1142/2021 <input type="checkbox"/>			Κατάταξη Ενοικιαζόμενων Επιπλωμένων Δωματίων- Διαμερισμάτων ΥΑ 12868/2018 & 4418/2019 <input type="checkbox"/>		

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑ (Προδιαγραφές Πιστοποίησης: ΥΑ 216/2015, 19102/2016, 21654/2017, 17352/2018 & 1142/2021)										
		Αριθμός Δωματίων/ Διαμερισμάτων (προσδιορισμός κατάταξης & αριθμού δωματίων αριθμητικώς, στο αντίστοιχο πεδίο του πίνακα)								
		1-20	21-40	41-60	61-80	81-100	101-200	201-400	401-600	>601
Επιθυμητή Κατάταξη Κατηγορίας Αστέρων	5*****									
	4****									
	3***									
	2**									
	1*									

ΕΕΔΔ (Προδιαγραφές Πιστοποίησης: ΥΑ 21185/2014, 12868/2018 & 4418/2019)				
		Αριθμός Δωματίων/ Διαμερισμάτων (προσδιορισμός κατάταξης & αριθμού δωματίων αριθμητικώς, στο αντίστοιχο πεδίο του πίνακα)		
		1-10	11-20	>20
Επιθυμητή Κατάταξη Κατηγορίας Κλειδιών	5			
	4			
	3			
	2			
	1			

**Αναφορά Αριθμού Δωματίων/Διαμερισμάτων** σε μονόκλινα δίκλινα, τρίκλινα, ενός χώρου, δυο χώρων κλπ.

Επισύναψη Εγγράφων με την Αποδοχή της Αίτησης (Νέα και Υφιστάμενα Καταλύματα)			
Ειδικό Σήμα Λειτουργίας (Ε.Σ.Λ.) ή Γνωστοποίηση Λειτουργίας σε ισχύ	Συμπληρωμένος Αυτοέλεγχος Κατάταξης του καταλύματος σε συγκεκριμένη κατηγορία (Ιστοσελίδες Ξ.Ε.Ε./Π.Υ.Τ)	Κατόψεις των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, των κολυμβητικών δεξαμενών (από την πολεοδομία) και άλλων χώρων ή λειτουργιών	Πιστοποιητικά, βεβαιώσεις, ή άλλα έγγραφα που αποδεικνύουν την πλήρωση κριτηρίων κατάταξης, όπως περιγράφονται στις ΥΑ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επιθεώρησης θα χορηγηθούν το Εισηγητικό Έγγραφο για τη Συμμόρφωση και η Τεχνική Έκθεση του Τουριστικού Καταλύματος, για την κατηγορία κατάταξης σε αστέρια (.....), ή κλειδιά (.....), με διάρκεια έως και 5 ετών. Με το πέρας της διάρκειας του πιστοποιητικού κατάταξης, η επιχείρηση θα πρέπει να υποβάλλει στην αρμόδια υπηρεσία τουρισμού πιστοποιητικό ανανέωσης της κατάταξης του καταλύματος.

Σε περίπτωση μελλοντικής αλλαγής της νομικής μορφής της Επιχείρησης ή αναβάθμισης, ανάκλησης και υποβάθμισης ή την ανακατάταξη αυτής για οποιονδήποτε λόγο, θα πρέπει να επαναληφθεί η διαδικασία της κατάταξης του Τουριστικού Καταλύματος.

Παρακαλώ, να σταλεί υπογεγραμμένη η αίτηση και τα δικαιολογητικά στο email: [info@eurocheck.gr](mailto:info@eurocheck.gr).

**Επιθυμητή Ημερομηνία Επιθεώρησης:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Ημερομηνία Υπογραφής της Αίτησης:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Για την Εταιρεία**  
**ΧΡΗΣΤΟΣ ΝΕΖΗΣ ΕΠΕ EUROCHECK**

**Για την Εταιρεία**  
**(Ο Νόμιμος Εκπρόσωπος)**

*Ανασκόπηση της Αίτησης από τον Φορέα	Ναι (✓)/Όχι (x)
Επαρκής Συμπλήρωση της Αίτησης Διενέργειας Επιθεώρησης	
Υπογεγραμμένη Αίτηση από τον Εκμεταλλευτή/Εκπρόσωπο του Καταλύματος	
Συμπλήρωση της Επιθυμητής Ημερομηνίας Επιθεώρησης:	
Αναφορά για Πιθανές-Λοιπές Παρατηρήσεις / Διευκρινήσεις / Ελλείψεις της Αίτησης:	
Απόφαση Αποδοχής Αίτησης	Ναι (✓)
Απόφαση Απόρριψης Αίτησης – Μη Ανάληψης Πιστοποίησης: Αιτιολογία: (_____)	Όχι (x)

Ξενοδοχεία Αριθμός Δωματίων	Ξενοδοχεία Ελεγχόμενο δείγμα	Ξενοδοχεία % δείγμα vs. Δωμάτια
_____ (1 < “X” < 1000)	_____ (“Y”)	_____ (“Y/X” (%))

ΕΕΔΔ Αριθμός Δωματίων	ΕΕΔΔ Ελεγχόμενο δείγμα	ΕΕΔΔ % δείγμα vs. Δωμάτια
_____ (1 < “X” ≤ 30)	_____ (“Y”)	_____ (“Y/X” (%))

**Προσδόκιμες Ανθρωπώρες Αυτοψίας** Επιθεωρητών στο κατάλυμα: \_ + \_ (Ώρες Αυτοψία + Ώρες Διαχείρισης)

**Προβλεπόμενη Δειγματοληψία** Δωματίων/Διαμερισμάτων κατά την Αυτοψία: ≥ \_\_\_\_\_

Υπογραφή του Επιθεωρητή της Συμμόρφωσης Ημερομηνία Ολοκλήρωσης της Ανασκόπησης	Όνομα: _____ Υπογραφή ___/___/202__
Υπογραφή του Γενικού Διευθυντή ή του Υπεύθυνου ορισμένου από τη Διοίκηση του Φορέα Ημερομηνία Υπογραφής	Όνομα: _____ Υπογραφή ___/___/202__