



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας  
www.eopyy.gov.gr

Μαρούσι, 09/05/2018

## **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΕΟΠΥΥ**

Στο πλαίσιο της καλύτερης εξυπηρέτησης χρόνιων πασχόντων ασθενών εκ μέρους του Οργανισμού, τροποποιείται και υποβάλλεται συνημμένο το έντυπο εξουσιοδότησης των εταιρειών ταχυμεταφοράς για παραλαβή φαρμάκων από τα φαρμακεία ΕΟΠΥΥ με την διαδικασία της «κατ' οίκον παράδοσης φαρμάκων». Ο ασθενής θα μπορεί να εξουσιοδοτεί έως τρεις (3) υπαλλήλους της πιστοποιημένης εταιρείας ταχυμεταφοράς και το έντυπο θα πρέπει να είναι συμπληρωμένο πλήρως σε όλα τα πεδία κάθε φορά και θεωρημένο για το γνήσιο της υπογραφής από ΚΕΠ ή αστυνομικό τμήμα.

Έως σήμερα πιστοποιημένες εταιρείες ταχυμεταφοράς από τον Οργανισμό θεωρούνται οι ακόλουθες:

1. Εταιρεία ACS A.E.E.
2. Εταιρεία AIDPLUSCARE
3. Εταιρεία BIOAXIS
4. Υπηρεσίες Ταχυμεταφορών «Αριστείδης-Χρήστος Πέτρου»
5. Ταχυμεταφορές ΕΛΤΑ Α.Ε.
6. ΠΙ & ΦΙ Ταχυμεταφορές Γεωργίου Γ. Ηλίας
7. Μανουσάκη Μαρία
8. Γενική Ταχυδρομική
9. Εταιρεία FOR HEALTH A.E.

**Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ**

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ**

## **ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η .....ΤΟΥ .....,  
ασφαλισμένος/η στο φορέα ....., με ΑΜΚΑ ..... και με Αριθμό Δελτίου  
Ταυτότητας ....., κάτοικος....., οδός.....,  
αριθμός....., Τ.Κ.....

### **Εξουσιοδοτώ**

Τον/Την.....

με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας.....,

Τον/Την.....

με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας.....,

Τον/Την.....

με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας.....

νόμιμο εκπρόσωπο της εταιρείας....., όπως καταθέσει για λογαριασμό  
μου και αντ' εμού τα απαραίτητα έγγραφα και την έγκριση της επιτροπής ΦΥΚ στο  
φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ και παραλάβει για λογαριασμό μου και αντ' εμού από το  
Φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ και μου παραδώσει με αποδεικτικό το/τα φαρμακευτικό/ά  
ιδιοσκεύασμα/τα που αναγράφεται/νται στην/στις επισυναπτόμενη/ες συνταγή/ες με  
αρ.

1. 4.

2. 5.

3. 6.

καθώς:

α) είμαι κλινήρης  ή

β) είμαι σε ανοσοκαταστολή  που βεβαιώνεται από την Ιατρική Γνωμάτευση που  
επισυνάπτεται ή

γ) πάσχω από νευρολογική πάθηση με συνέπεια κινητικά προβλήματα  που  
βεβαιώνεται από την Ιατρική Γνωμάτευση που επισυνάπτεται ή

δ) είμαι ογκολογικός ασθενής  ή

ε) λόγω γήρατος  (ηλικία >80 ετών) ή

στ) διαμένω σε απόσταση άνω των 20 χλμ από το Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ (τόπος  
κατοικίας: .....) .

Δηλώνω ότι έχω προσυπογράψει όπισθεν της/των συνταγής/ών και έχω παραδώσει  
το βιβλιάριο ασθενείας μου στον/στην νόμιμο εκπρόσωπο της εταιρείας  
....., το οποίο θα μου επιστραφεί κατά την παράδοση των  
φαρμάκων στην οικία μου.

ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΝΗΣΙΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ  
(Δημόσια Αρχή)

Ημερομηνία:.....

Ο/Η Εξουσιοδοτών/ούσα