



Επιτροπή Διαπραγμάτευσης

Αμοιβών και Τιμών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων

του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

**24/05/2021**

## **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ**

Στο πλαίσιο του έργου της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Αμοιβών και Τιμών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, όπως ειδικότερα ορίζεται με την υπ' αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. οικ. 69310/10-11-2020 Απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ τ.Β', 4949/10-11-2020), ανακοινώνεται η έναρξη διαδικασίας διαπραγμάτευσης με αντικείμενο:

### **Παροχή υπηρεσιών από Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ)**

Καλούνται οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής για διαπραγμάτευση, αφού συμπληρώσουν και αποστείλουν τη συνημμένη αίτηση στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις (email): [ed@eopyy.gov.gr](mailto:ed@eopyy.gov.gr) και [Services-ED@eopyy.gov.gr](mailto:Services-ED@eopyy.gov.gr) έως τις **15/06/2021**. Σε περίπτωση υποβολής αίτησης συμμετοχής στη διαπραγμάτευση, θα πρέπει να δηλωθεί ο νόμιμος εκπρόσωπος ή εκπρόσωποι που θα συμμετέχουν στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης.

Οι ενδιαφερόμενοι δύνανται να εκπροσωπηθούν από σύλλογο ή σωματείο, εφόσον προβούν σε σχετική δήλωση.

Μετά τις 15/06/2021, ο Συντονιστής της Υποεπιτροπής Λοιπών Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας θα ενημερώσει τους ενδιαφερόμενους για τη διαδικασία διαπραγμάτευσης (τόπος, ημερομηνία, τρόπος), κατά τα ειδικώς οριζόμενα με τα άρθρα 6 και 7 της ανωτέρω Υπουργικής Απόφασης. Η προσέλευση των ενδιαφερομένων στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης είναι υποχρεωτική.

**Πληροφορίες:** Γραμματεία Επιτροπής Διαπραγμάτευσης

Τηλ: 210 6871707 – 708 email: [ed@eopyy.gov.gr](mailto:ed@eopyy.gov.gr)

**Ο Πρόεδρος  
της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης**

**ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ**



Επιτροπή Διαπραγμάτευσης  
Αμοιβών και Τιμών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων  
του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

### ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ

(σύμφωνα με την από 24/05/2021 Ανακοίνωση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ)

#### Αντικείμενο Διαπραγμάτευσης

**Παροχή υπηρεσιών από Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ)**

#### 1. Πληροφορίες:

Επωνυμία:			
Νόμιμος Εκπρόσωπος:			
Διεύθυνση:			
Νομός / Πόλη:		Τ.Κ. :	
Τηλέφωνα Επικοινωνίας	Σταθερό:		Κινητό:
Ηλεκτρ. Διεύθυνση (email):			

#### 2. Νομική μορφή:

Ατομική Επιχείρηση

Εταιρική Επιχείρηση  Περιγραφή (ΑΕ, ΕΠΕ κλπ): \_\_\_\_\_

Σύλλογος (εκπρόσωποι ασθενών) / Ένωση / Σωματείο / ΝΠΔΔ/ΝΠΙΔ

Περιγραφή: \_\_\_\_\_

Επισυνάπτονται σχετικά νομιμοποιητικά έγγραφα \_\_\_\_\_

#### 3. Εκπροσώπηση κατά τη διαδικασία διαπραγμάτευσης:

Στοιχεία Συμμετέχοντα/όντων: \_\_\_\_\_ Ιδιότητα: \_\_\_\_\_

Επισυνάπτονται σχετικά νομιμοποιητικά έγγραφα \_\_\_\_\_

**Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκπροσωπηθώ από τον σύλλογο/ένωση/σωματείο με την επωνυμία \_\_\_\_\_**

#### 4. Υφιστάμενη συμβατική σχέση με ΕΟΠΥΥ:

ΝΑΙ  Περιγραφή αντικειμένου Σύμβασης : \_\_\_\_\_ ΟΧΙ

Με την παρούσα αίτηση αποδέχομαι ότι η προσέλευση μου στη διαδικασία διαπραγμάτευσης είναι υποχρεωτική, δυνάμει της υπ. αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. οικ. 69310/10-11-2020 Υπουργικής Απόφασης και ειδικότερα των παρ. 2 και 5 του άρθρου 7 της εν λόγω Υπουργικής Απόφασης, όπου ορίζεται η διαδικασία για την υποβολή αιτήματος ενδιαφερομένου. Βεβαιώνω ότι τα ως άνω δηλωθέντα στοιχεία είναι αληθή και ακριβή.

\_\_\_\_\_   
 Ημερομηνία / Σφραγίδα / Υπογραφές