



**Επιτροπή Διαπραγμάτευσης
Αμοιβών και Τιμών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων**
του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
Υποεπιτροπή Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού και Υλικών
Πληροφορίες: Γραμματεία Επιτροπής Διαπραγμάτευσης
Τηλ: 210 8110635 email: ed@eopyy.gov.gr

08/04/2025

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), και σε συνέχεια της από **10/03/2025** ανακοίνωσης σχετικά με την έναρξη της διαδικασίας διαπραγμάτευσης με αντικείμενο «**Συστήματα Παρακολούθησης Γλυκόζης**», σας ενημερώνουμε ότι η καταληκτική ημερομηνία υποβολής αίτησης συμμετοχής για διαπραγμάτευση παρατείνεται έως την 25/04/2025.

Κατά τα λοιπά ισχύουν τα οριζόμενα στην από **10/03/2025** ανακοίνωση.

Μετά τις 28/04/2025, ο Συντονιστής της Υποεπιτροπής Ιατροτεχνολογικού θα ενημερώσει τους ενδιαφερόμενους για τη διεξαγωγή της διαδικασίας διαπραγμάτευσης (τόπος, ημερομηνία, τρόπος), κατά τα ειδικών οριζόμενα με τα άρθρα 6 και 7 της ανωτέρω Υπουργικής Απόφασης.

Ο Πρόεδρος
Της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης

ΚΩΝ/ΝΟΣ ΓΚΑΣΙΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ

(σύμφωνα με την από 10/03/2025 Ανακοίνωση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ)

Αντικείμενο Διαπραγμάτευσης

Συστήματα Παρακολούθησης Γλυκόζης

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 και Ιδιότητα:

Υφιστάμενη Συμβατική Σχέση με τον ΕΟΠΥΥ

Ενεργή Σύμβαση: Ναι/Όχι

Κατηγορία Σύμβασης: _____

Ιδιότητα: Εισαγωγέας/Κατασκευαστής/Διανομέας

Με την παρούσα αίτηση αποδέχομαι:

- ότι η καταβολή τέλους διαπραγμάτευσης, όπως ορίζεται στην ΕΑΛΕ/Γ.Π. οικ. 38196/2024 (ΦΕΚ Β'/5379) Υπουργική Απόφαση είναι υποχρεωτική.
- βεβαιώνω ότι τα ως άνω δηλωθέντα στοιχεία είναι αληθή και ακριβή.

Ημερομηνία / Σφραγίδα / Υπογραφές