



Επιτροπή Διαπραγμάτευσης

Αμοιβών και Τιμών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων

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

28/04/2021

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 νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές ειδικές παθολογικές κλινικές σε δικαιούχους περίθαλψης που χρήζουν παρατεταμένης νοσηλείας, συστηματικής νοσηλευτικής φροντίδας και αδυνατούν να αντιμετωπιστούν κατ' οίκον

Καλούνται οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής για διαπραγμάτευση, αφού συμπληρώσουν και αποστείλουν τη συνημμένη αίτηση στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις (email): ed@eopyy.gov.gr και Clinics-ED@eopyy.gov.gr έως τις **23/05/2021**. 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 δύναται να εκπροσωπηθούν από σύλλογο ή σωματείο στο οποίο είναι μέλη, εφόσον προβούν σε σχετική δήλωση.

Μετά τις 23/05/2021, ο Συντονιστής της Υποεπιτροπής Κλινικών θα ενημερώσει τους ενδιαφερόμενους για τη διεξαγωγή της διαδικασίας 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

**Ο Πρόεδρος
της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης**

ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ

(σύμφωνα με την από 28/04/2021 Ανακοίνωση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ)

Αντικείμενο Διαπραγμάτευσης

Παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές ειδικές παθολογικές κλινικές, σε δικαιούχους περίθαλψης που χρήζουν παρατεταμένης νοσηλείας, συστηματικής νοσηλευτικής φροντίδας και αδυνατούν να αντιμετωπιστούν κατ' οίκον

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 αντικείμενου 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