### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

###  (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Διεύθυνση Συμβάσεων /Τμήμα Συμβάσεων Παρόχων ΔΦΥ** |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2):  |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Εmail): |  |

Ο κάτωθι υπογράφων ως **νόμιμος εκπρόσωπος** της Κλινικής:

με την επωνυμία:………………………………………………………………………………………………………………………………,

Διακριτικό Τίτλο: ………………………………………………………………………………………………………………………………,

ΑΦΜ:……………………………, ΔΟΥ:…………………………., Δ/ΝΣΗ:…………………………………., ΑΡΙΘΜΟΣ:………………..,

Τ.Κ.:……………….., ΠΟΛΗ:……………………………….., ΤΗΛ.:………………………

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις(3) που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986 δηλώνω ότι:τα στοιχεία του κάθε φορά νομίμως εξουσιοδοτημένου προσώπου/προσώπων με τα οποία θα συνεργάζονται τα αρμόδια όργανα - υπηρεσίες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για την εκτέλεση των όρων της Σύμβασης είναι τα εξής:   **Ονοματεπώνυμο:**  **ΑΦΜ:**   **Διεύθυνση κατοικίας:**  **Στοιχεία επικοινωνίας:**  **Εύρος αρμοδιοτήτων:** (π.χ. αποκλειστική επαφή με Ε.Ο.Π.Υ.Υ., υπογραφή εγγράφων, εκπροσώπηση κ.λπ.)  **Διάρκεια ισχύος** της εξουσιοδότησης: (π.χ. αορίστου χρόνου ή εάν δεν είναι αόριστη έως τις ………………)Η εξουσιοδότηση του ως άνω προσώπου/προσώπων παρασχέθηκε διά των ακόλουθων συνημμένων στην παρούσα εγγράφων: *{συμπληρώνονται πρόσφορα έγγραφα παροχής πληρεξουσιότητας από τα οποία προκύπτει η νόμιμη χορήγηση της σχετικής εξουσιοδότησης, καθώς και οι όροι αυτής, όπως ιδίως:* *(α) Σε περίπτωση ατομικής επιχείρησης: εξουσιοδότηση του διατηρούντος την ατομική επιχείρηση, είτε μέσω gov.gr, είτε με βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής του από ΚΕΠ ή Αστυνομικό Τμήμα.**(β) Σε περίπτωση νομικών προσώπων:* * *εξουσιοδότητη του νομίμου εκπροσώπου, είτε μέσω gov.gr, είτε με βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής του από ΚΕΠ ή Αστυνομικό Τμήμα, εφόσον τούτο επιτρέπεται σύμφωνα με το ισχύον καταστατικό και τις διατάξεις που διέπουν το νομικό πρόσωπο} ή/και*
* *σχετικό πρακτικό του διοικητικού συμβουλίου ή της γενικής συνέλευσης των εταίρων ή παντός άλλου αρμοδίου οργάνου, σύμφωνα με το ισχύον καταστατικό και τις διατάξεις που διέπουν το νομικό πρόσωπο}.*
 |

Ημερομηνία: ……/…./20…

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και Σφραγίδα)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.