



Επιτροπή Διαπραγμάτευσης

Αμοιβών και Τιμών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων

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

11/06/2021

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:

Διενέργεια πολυγωνιακής προβλεπτικής εξέτασης MAMMAPRINT, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού

Καλούνται οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλουν αίτηση συμμετοχής σε διαπραγμάτευση, αφού συμπληρώσουν και αποστείλουν τη συνημμένη αίτηση στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις (email): ed@eopyy.gov.gr και Diagnostics-ED@eopyy.gov.gr έως τις **17/06/2021**. Σε περίπτωση υποβολής αίτησης συμμετοχής σε διαπραγμάτευση νομικού προσώπου, θα πρέπει να δηλωθεί ο νόμιμος εκπρόσωπος ή εκπρόσωποι που θα συμμετάσχουν στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης.

Μετά τις 17/06/2021 ο Συντονιστής της Υποεπιτροπής Διαγνωστικών Κέντρων, 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 διαπραγμάτευσης είναι υποχρεωτική.

Πληροφορίες: Γραμματεία Επιτροπής Διαπραγμάτευσης

Τηλ: 210 6871707 – 708 email: 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 11/06/2021 Ανακοίνωση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ)

Αντικείμενο Διαπραγμάτευσης

Διενέργεια πολυγονιδιακής προβλεπτικής εξέτασης MAMMAPRINT, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού

1. Πληροφορίες:

Επωνυμία:			
Νόμιμος Εκπρόσωπος:			
Διεύθυνση:			
Νομός / Πόλη:		T.K. :	
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: _____

Επισυνάπτεται σχετικό νομιμοποιητικό έγγραφο _____

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 παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και ακριβή.



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

Ημερομηνία / Σφραγίδα / Υπογραφές