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

Μαρούσι 13/03/2026

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

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

Σύμβαση παροχής υπηρεσίας Μεταμόσχευσης Κερατοειδούς από αυτοτελείς Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας ειδικότητας Οφθαλμολογίας

Η παρούσα απευθύνεται σε αυτοτελείς Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) ειδικότητας Οφθαλμολογίας που διαθέτουν άδεια Μονάδων Εφαρμογής Οφθαλμικών Μοσχευμάτων για την πραγματοποίηση επεμβάσεων Μεταμόσχευσης Κερατοειδούς.

Καλούνται οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής για διαπραγμάτευση, αφού συμπληρώσουν και αποστείλουν τη συνημμένη αίτηση στην ηλεκτρονική διεύθυνση: Clinics-ED@eopyy.gov.gr έως και τις **27/03/2026**. 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 στο οποίο είναι μέλη, εφόσον προβούν σε σχετική δήλωση.

Σημειώνεται ότι για τη συμμετοχή στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης είναι υποχρεωτική η καταβολή τέλους διαπραγμάτευσης, όπως ορίζεται στην ΕΑΛΕ/Γ.Π. οικ. 38196/2024 (ΦΕΚ Β'/5379) Υπουργική Απόφαση.

Μετά τις 27/03/2026, 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.

Ο Πρόεδρος
της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης

ΚΩΝ/ΝΟΣ ΓΚΑΣΙΟΣ

ΥΠΟΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ

(σύμφωνα με την από 13/03/2026 Ανακοίνωση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ)

<u>Αντικείμενο Διαπραγμάτευσης</u>

Σύμβαση παροχής υπηρεσίας Μεταμόσχευσης Κερατοειδούς από αυτοτελείς Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας ειδικότητας Οφθαλμολογίας

1. Πληροφορίες:

Επωνυμία:				
Νόμιμος Εκπρόσωπος:				
Διεύθυνση:				
Νομός / Πόλη:			Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο 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: _____

3. Εκπροσώπηση κατά τη διαδικασία διαπραγμάτευσης :

Στοιχεία Συμμετέχοντα/όντων: _____

Ιδιότητα: _____

Επισυνάπτονται σχετικά νομιμοποιητικά έγγραφα _____

Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκπροσωπηθώ από το 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' αριθ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. οικ. 69310/10-11-2020 Υπουργικής Απόφασης και ειδικότερα της παρ. 2 και 5 του άρθρου 7 της εν λόγω Υπουργικής Απόφασης, όπου ορίζεται η διαδικασία για την υποβολή αιτήματος ενδιαφερομένου.*
- *ότι η καταβολή τέλους διαπραγμάτευσης, όπως ορίζεται στην ΕΑΛΕ/Γ.Π. οικ. 38196/25-09-2024 Υπουργική Απόφαση είναι υποχρεωτική.*
- *βεβαιώνω ότι τα ως άνω δηλωθέντα στοιχεία είναι αληθή και ακριβή.*

_____

Ημερομηνία / Σφραγίδα / Υπογραφές