



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

17/01/2022

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 υπηρεσιών υγείας από αυτοτελείς ιδιωτικές Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.) ειδικότητας οφθαλμολογίας

Διευκρινίζεται ότι η παρούσα πρόσκληση καλύπτει μόνον τις υπηρεσίες υγείας ειδικότητας οφθαλμολογίας που διενεργούνται σε αυτοτελείς Ιδιωτικές Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.).

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 24/01/2022. Σε περίπτωση 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.

Μετά τις 25/01/2022, 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: 2106871758, 2106871760 email: ed@eopyy.gov.gr

Ο Πρόεδρος
της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης
Αμοιβών και Τιμών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων

ΘΕΟΔΩΡΟΣ Γ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ

(σύμφωνα με την από 17/01/2022 Ανακοίνωση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ)

Αντικείμενο Διαπραγμάτευσης

Παροχή υπηρεσιών υγείας από αυτοτελείς ιδιωτικές Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.) ειδικότητας οφθαλμολογίας

1. Πληροφορίες :

Επωνυμία Μ.Η.Ν. :			
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 _____

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