



Επιτροπή Διαπραγμάτευσης  
Αμοιβών και Τιμών Ιατροτεχνολογικών  
Προϊόντων Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

**14/01/2019**

### **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ**

Στο πλαίσιο του έργου της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Αμοιβών και Τιμών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., όπως έχει οριστεί με την υπ. αριθμ. ΕΑΛΕ /Γ.Π. οικ. 58781/02.08.2018 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 3190/τ.Β/2018), ανακοινώνεται η έναρξη διαπραγμάτευσης για :

**Πολυγονιδιακές προβλεπτικές εξετάσεις για τη λήψη χημειοθεραπείας ή μη σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού**

Καλούνται οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής για διαπραγμάτευση, αφού συμπληρώσουν και αποστείλουν την συνημμένη αίτηση συμμετοχής στο email: [ed@eopyy.gov.gr](mailto:ed@eopyy.gov.gr) έως 21/01/2019. Σε περίπτωση υποβολής αίτησης συμμετοχής διαπραγμάτευσης Συλλόγου, Σωματείου, κ.λ.π. θα πρέπει να δηλωθεί νόμιμος εκπρόσωπος για την διεξαγωγή των συναντήσεων και την εκπροσώπηση των μελών του.

Στη συνέχεια θα ακολουθήσει ενημέρωση από τον Συντονιστή της Υποεπιτροπής Διαγνωστικών Κέντρων προς τους ενδιαφερόμενους που θα έχουν καταθέσει εμπρόθεσμα αίτηση συμμετοχής, στην οποία θα αναφέρεται η ημερομηνία και ο τόπος που θα λάβει χώρα η πρώτη συνάντηση εργασίας. Η προσέλευση στη διαδικασία διαπραγμάτευσης είναι υποχρεωτική.

Για πληροφορίες: - Γραμ. Επιτροπής Διαπραγμάτευσης 210 6871707-8

- Τμ. Διαπραγμάτευσης Συμβάσεων ΕΟΠΥΥ 210 8110625-8

**Ο Πρόεδρος  
Επιτροπής Διαπραγμάτευσης**

**ΣΤΑΥΡΟΣ ΝΤΕΓΙΑΝΝΑΚΗΣ**



Υποεπιτροπή Διαγνωστικών Κέντρων Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

**ΑΙΤΗΣΗ  
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗΣ**

(σύμφωνα με την 14/01/2019 Ανακοίνωση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ)

**Αντικείμενο Διαπραγμάτευσης**

**Πολυγονιδιακές προβλεπτικές εξετάσεις για τη λήψη χημειοθεραπείας ή μη σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού**

**1. Πληροφορίες:**

Επωνυμία:			
Νόμιμος Εκπρόσωπος:			
Διεύθυνση:			
Νομός / Πόλη:		Τ.Κ. :	
Τηλ. Επικοινωνίας	Σταθερό:		Κινητό:
Ηλεκτρ. Διεύθυνση (email):			

**2. Νομική μορφή :**

Ατομική Επιχείρηση

Εταιρική Επιχείρηση  Περιγραφή (ΑΕ,ΕΠΕ κλπ): \_\_\_\_\_

Σύλλογος (εκπρ. ασθενών)/Ένωση / Σωματείο /ΝΠΔΔ/ΝΠΙΔ  Περιγραφή: \_\_\_\_\_

**3. Εκπροσώπηση κατά τη διαδικασία διαπραγμάτευσης :**

Στοιχεία Συμμετέχοντα/όντων: \_\_\_\_\_

Ιδιότητα: \_\_\_\_\_

**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 με Αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. οικ. 58781/ 02.08.2018 Υπουργικής Απόφασης και συγκεκριμένα της παρ. 4 του άρθρου 7, όπου ορίζεται η διαδικασία για την υποβολή αιτήματος ενδιαφερομένου. Βεβαιώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και ακριβή.

\_\_\_\_\_

Ημερομηνία

Σφραγίδα / υπογραφές