



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

10/02/2025

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:

Σύστημα συνεχούς παρακολούθησης ασθενών με νόσο του Πάρκινσον

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 MedicalDevices-ED@eopyy.gov.gr έως τις 14/02/2025. 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.

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.

Η εξόφληση του τέλους θα γίνει στον τραπεζικό λογαριασμό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στην τράπεζα ΠΕΙΡΑΙΩΣ με αριθμό (IBAN): GR35 0171 0170 0060 1703 0033 533 με αιτιολογία κατάθεσης: «Α.Φ.Μ. – Επωνυμία Ενδιαφερόμενου-Τέλος Διαπραγμάτευσης». Στη συνέχεια, μέσω ηλεκτρονικού μηνύματος επιστρέφετε στα email ed@eopyy.gov.gr και MedicalDevices-ED@eopyy.gov.gr το αποδεικτικό (παραστατικό) εξόφλησης του τέλους διαπραγμάτευσης για την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

Μετά τις 14/02/2025, ο Συντονιστής της Υποεπιτροπής Ιατροτεχνολογικού 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

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ

(σύμφωνα με την από 10/02/2025 Ανακοίνωση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ)

Αντικείμενο Διαπραγμάτευσης

Σύστημα συνεχούς παρακολούθησης ασθενών με νόσο του Πάρκινσον

1. Πληροφορίες :

Επωνυμία:			
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 _____

4. Υφιστάμενη Συμβατική Σχέση και Ιδιότητα:

Υφιστάμενη Συμβατική Σχέση με τον ΕΟΠΥΥ

Ενεργή Σύμβαση: Ναι/Όχι

Κατηγορία Σύμβασης: _____

Ιδιότητα: Εισαγωγέας/Κατασκευαστής/Διανομέας

Με την παρούσα αίτηση αποδέχομαι:

- ότι η καταβολή τέλους διαπραγμάτευσης, όπως ορίζεται στην ΕΑΛΕ/Γ.Π. οικ. 38196/2024 (ΦΕΚ Β'5379) Υπουργική Απόφαση είναι υποχρεωτική.
- βεβαιώνω ότι τα ως άνω δηλωθέντα στοιχεία είναι αληθή και ακριβή.

 Ημερομηνία / Σφραγίδα / Υπογραφές