



**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 e-mail: ed@eopyy.gov.gr

29/10/2026

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. οικ.69310/10.11.2020 Απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ τ.Β', 4949/10.11.2020), ανακοινώνεται η έναρξη διαδικασίας διαπραγμάτευσης με αντικείμενο:

ΣΥΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΜΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Prosigna Breast Cancer Prognostic Gene Signature

Καλούνται οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής για διαπραγμάτευση, αφού συμπληρώσουν και αποστείλουν τη συνημμένη αίτηση στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις (e-mail): ed@eopyy.gov.gr και diagnostics-ed@eopyy.gov.gr έως τις **11/11/2026**. 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.

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 στο e-mail: ed@eopyy.gov.gr το αποδεικτικό (παραστατικό) εξόφλησης του τέλους διαπραγμάτευσης για την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

**Ο Πρόεδρος
Της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης**

ΚΩΝ/ΝΟΣ ΓΚΑΣΙΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

(σύμφωνα με την από 11/05/2026 Ανακοίνωση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ)

Αντικείμενο Διαπραγμάτευσης**ΜΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ****Prosigna Breast Cancer Prognostic Gene Signature****1. Πληροφορίες :**

Επωνυμία:			
Νόμιμος Εκπρόσωπος:			
Διεύθυνση:			
Νομός / Πόλη:		T.K. :	
Τηλέφωνα Επικοινωνίας	Σταθερό:	Κινητό:	
Ηλεκτρ. Διεύθυνση (email):			

2. Νομική μορφή:Ατομική Επιχείρηση ☐Εταιρεία ☐ 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 _____

4. Πιστοποίηση από ΕΣΥΔ

Επισυνάπτονται σχετικά έγγραφα _____

5. Βεβαίωση λειτουργίας ΙΔΕΠαθολογοανατομίας ☐ Βιολογικών Υλικών ☐ Άλλο (αναφέρατε) _____**6. Εκτιμώμενη δυνατότητα μηνιαίων εκτελέσεων εξέτασης**

Πλήθος _____

7. Πλήθος εκτελεσμένων εξετάσεων στην Ελλάδα ή/και στην ΕΕ (αναφέρατε χώρα)

8. Στατιστική ποσοτικοποίηση αποτελεσμάτων κα κλινικό όφελος (αναφέρατε)

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.*
- *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