



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

**11/06/2021**

### **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:

**Διενέργεια πολυγονιδιακής προβλεπτικής εξέτασης ONCOTYPE DX,  
σε ασθενείς με καρκίνο μαστού**

Καλούνται οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλουν αίτηση συμμετοχής σε διαπραγμάτευση, αφού συμπληρώσουν και αποστείλουν τη συνημμένη αίτηση στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις (email): [ed@eopyy.gov.gr](mailto:ed@eopyy.gov.gr) και [Diagnosics-ED@eopyy.gov.gr](mailto:Diagnosics-ED@eopyy.gov.gr) έως τις **17/06/2021**. Σε περίπτωση υποβολής αίτησης συμμετοχής σε διαπραγμάτευση νομικού προσώπου, θα πρέπει να δηλωθεί ο νόμιμος εκπρόσωπος ή εκπρόσωποι που θα συμμετάσχουν στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης.

Μετά τις 17/06/2021 ο Συντονιστής της Υποεπιτροπής Διαγνωστικών Κέντρων, 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 διαπραγμάτευσης είναι υποχρεωτική.

**Πληροφορίες:** Γραμματεία Επιτροπής Διαπραγμάτευσης

Τηλ: 210 6871707 – 708 email: [ed@eopyy.gov.gr](mailto:ed@eopyy.gov.gr)

**Ο Πρόεδρος  
της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης**

**ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ**



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

## ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ

(σύμφωνα με την από 11/06/2021 Ανακοίνωση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ)

### Αντικείμενο Διαπραγμάτευσης

**Διενέργεια πολυγονιδιακής προβλεπτικής εξέτασης ONCOTYPE DX,  
σε ασθενείς με καρκίνο μαστού**

### 1. Πληροφορίες:

|                            |          |        |         |
|----------------------------|----------|--------|---------|
| Επωνυμία:                  |          |        |         |
| Νόμιμος Εκπρόσωπος:        |          |        |         |
| Διεύθυνση:                 |          |        |         |
| Νομός / Πόλη:              |          | T.K. : |         |
| 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: \_\_\_\_\_

Επισυνάπτεται σχετικό νομιμοποιητικό έγγραφο \_\_\_\_\_

### 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. 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 παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και ακριβή.

\_\_\_\_\_



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

---

Ημερομηνία / Σφραγίδα / Υπογραφές