



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

Γενική Δ/ση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης  
Υπηρεσιών Υγείας

Δ/ση: Σχεδιασμού

Τμήμα: Συντονισμού Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας  
Υγείας

Πληροφορίες: Ν.Κικίλιας

Τηλ.: 210-6871784 Fax: 210-6871795

Ταχ. Δ/ση: Λ. Κηφισίας 39, 1523 Μαρούσι

E-mail: d7@eopyy.gov.gr

Αθήνα, 19/7/2012

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Ως συμπληρωματικό στοιχείο της αρχικής υπεύθυνης δήλωσης συνεργασίας με τον ΕΟΠΥΥ για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα πρέπει όπως:

Οι συμβεβλημένοι φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που λειτουργούν ως ιδιωτικό ιατρείο ή ιδιωτικό πολυϊατρείο ή ιδιωτικό εργαστήριο φυσικής ιατρικής ή ιατρική εταιρεία παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και οι μόνιμοι και αορίστου χρόνου γιατροί του ΕΟΠΥΥ οι οποίοι αποδέχθηκαν την ένταξη τους στο δίκτυο των συμβεβλημένων με τον Οργανισμό γιατρών για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων στα ιδιωτικά τους ιατρεία, οφείλουν να στείλουν Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία θα δηλώνουν τις ιατρικές πράξεις που μπορούν να διενεργηθούν στις δομές του ιδιωτικού τους ιατρείου, σύμφωνα με την ειδικότητα και την άδεια λειτουργίας τους.

Η Υπεύθυνη δήλωση θα σταλεί ταχυδρομικώς (υπογεγραμμένη και σφραγισμένη σε κλειστό φάκελο) στην ακόλουθη διεύθυνση:

ΕΟΠΥΥ

Γενική Δ/ση Διαχείρισης & Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας

Δ/ση Παροχών και Κατάρτισης Συμβάσεων

Λεωφ. Κηφισίας 39

ΤΚ 15123, Μαρούσι Αττικής

**Προθεσμία Υποβολής της Υπεύθυνης Δήλωσης ορίζεται η 15/08/2012**

Ο Γενικός Διευθυντής Σχεδιασμού και  
Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας

Νικόλαος Καρβουνάς

# ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)							
ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :							
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Ο Ιατρός με στοιχεία Ταυτότητας,

ΦΥΛΟ

ΑΡΡΕΝ

ΘΗΛΥ

ΑΦΜ

ΑΜ. ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ)\*

ΑΜΚΑ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΕΤΟΣ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Αριθμός

ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ

Ταχ. Κωδ.

Email

Σταθ. Τηλ.

Κιν. Τηλ.

Έχω πιστοποιηθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση ΝΑΙ

ΟΧΙ

με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή
- κατέχω την με αριθμ. .... άδεια λειτουργίας ιατρείου της Νομαρχίας..... (όσοι έχουν)
- εκτελώ στο ιδιωτικό ιατρείο μου (σύμφωνα με την ειδικότητα μου και την ανωτέρω άδεια λειτουργίας) τις κάτωθι κοστολογημένες ιατρικές πράξεις, που εκτελώ σε ασφαλισμένους ΕΟΠΥΥ και απαιτώ ως αποζημίωση από τον Οργανισμό και κατέχω τον απαραίτητο ιατρικό εξοπλισμό για την εκτέλεση τους :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ημερομηνία: 20....

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και σφραγίδα)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα