



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

**ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΑΔ/ΟΑΕΕ  
ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (μόνιμος – αορίστου χρόνου)  
ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΝΤΑΣΣΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟΝ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.  
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
Π.Φ.Υ. ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Θα αποσταλεί με fax στο 210-9282199

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος .....  
Ειδικότητα.....ΑΜ. ΤΣΑΥ:.....  
ΑΦΜ:.....ΑΜΚΑ.....  
Δ/ΝΣΗ:.....Αριθμός.....  
ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ.....Ταχ. Κωδ.....  
Email:.....Τηλ.....

βεβαιώνω ότι έχω σύμβαση με τον ΟΠΑΔ/ΟΑΕΕ (υπογραμμίζεται η ανάλογη ένδειξη)  
η οποία ισχύει μέχρι και .....και δηλώνω ότι  
αποδέχομαι να παρέχω τις ιατρικές υπηρεσίες σύμφωνα με τη ρύθμιση  
που καθορίστηκε με την Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ  
262/Α/16.12.11), καθώς και τις ρυθμίσεις που καθορίζονται στον Ενιαίο  
Κανονισμό Παροχών Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Δηλώνω ότι αποδέχομαι την αμοιβή μου που ορίζεται με την Πράξη  
Νομοθετικού Περιεχομένου και η οποία ανέρχεται σε 10 € ανά επίσκεψη  
πέραν των οποίων δεν έχω καμία οικονομική απαίτηση και με ανώτατο  
όριο επισκέψεων κατά τα οριζόμενα στην Πράξη 200 ανά μήνα.

Δηλώνω επίσης ότι πέραν της προαναφερθείσας αμοιβής από τον  
Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ουδεμία πρόσθετη αμοιβή δύναμαι να αξιώσω από τους  
ασφαλισμένους του Οργανισμού που περιλαμβάνονται στις 200  
επισκέψεις που θα υποβάλω ανά μήνα.

Υποχρεούμαι να εξετάζω έως και 50 ασφαλισμένους την εβδομάδα και να υποβάλω στην αρχή κάθε εβδομάδας σε ηλεκτρονική μορφή στο email [dsxed@eopyy.gov.gr](mailto:dsxed@eopyy.gov.gr) τη συγκεντρωτική κατάσταση για τους ασθενείς που εξετάστηκαν την προηγούμενη εβδομάδα.

Υποχρεούμαι να πιστοποιηθώ και να συνταγογραφώ μόνο ηλεκτρονικά (συνταγές, παραπεμπτικά ) εκτός από την περίπτωση που υπάρχει αδυναμία του συστήματος, η παραπάνω διαδικασία θα γίνεται χειρόγραφα στο ενιαίο συνταγολόγιο του πρώην ΙΚΑ - ΕΤΑΜ.

Στο τέλος κάθε μήνα θα αποστέλλω σε ηλεκτρονική μορφή στο email [dsxed@eopyy.gov.gr](mailto:dsxed@eopyy.gov.gr) τη συγκεντρωτική κατάσταση για τους ασθενείς που εξετάστηκαν τον προηγούμενο μήνα ή θα υποβάλλω αναλυτικά στοιχεία όταν θα ζητηθεί από τις υπηρεσίες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Στη συνέχεια θα υποβάλλω τη συγκεντρωτική κατάσταση υπογεγραμμένη και σφραγισμένη στις κατά τόπους Περιφερειακές Διευθύνσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ (πρώην ΥΠΑΔ).

Αποδέχομαι την ανάρτηση των προσωπικών μου στοιχείων (ονοματεπώνυμο, δ/νση ιατρείου, τηλέφωνο, ειδικότητα (κ.λπ.) στα ειδικά πληροφοριακά έντυπα και στο site του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των υπόλοιπων ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ), καθώς και τη χρήση τους από το εκάστοτε σύστημα διαχείρισης τηλεφωνικού ραντεβού.

Σε περίπτωση που διαπιστωθεί παράβαση των ανωτέρω υποχρεώσεων, καθώς και των υποχρεώσεων που απορρέουν από τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των κανόνων ιατρικής δεοντολογίας και επιστήμης, θα καταγγέλλεται η συνεργασία και δεν θα μπορώ να παρέχω υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους ασφαλισμένους του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας. Παράλληλα θα επιβάλλονται οι κυρώσεις που διέπονται από τις διατάξεις του Π.Δ. 121/2008 (Α', 183), όπως άλλωστε ορίζεται και στο άρθρο 22 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του Οργανισμού.

Εξακολουθούν να ισχύουν οι όροι που αναφέρονται στη σύμβαση που έχω συνάψει με τον φορέα (ΟΠΑΔ – ΟΑΕΕ) εκτός των οικονομικών όρων.

Δηλώνω ότι δεν μου έχει επιβληθεί κανενός είδους ποινή από κανέναν φορέα κοινωνικής ασφάλισης.

Τέλος η παροχή των υπηρεσιών μου προς τους ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με βάση την παρούσα δήλωση θα έχει διάρκεια ισχύς μέχρι την ολοκλήρωση των διαδικασιών σύναψης των νέων συμβάσεων μίσθωσης έργου κατά τα οριζόμενα στην Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ 262/Α'/16.12.11).

Απαραίτητο αποδεικτικό στοιχείο της αποστολής της δήλωσης είναι το αποδεικτικό του FAX.

Ημερομηνία .....

Ο/Η δηλων/ούσα

Όνοματεπώνυμο  
Υπογραφή/Σφραγίδα