



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 MAMMAPRINT, σε ασθενείς με καρκίνο μαστού**

### 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: \_\_\_\_\_

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