

ΑΦΟΡΑ ΣΥΜΒΕΒΑΛΗΜΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ & ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΟΙΚΟΥ ΝΑΥΤΟΥ
ΓΙΑΤΡΟΥΣ

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 ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:			Τηλ:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/ση 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 ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή
- βεβαιώνω ότι **είχα σύμβαση κατά πράξη και περίπτωση με τον Οίκο Ναύτου** η οποία ίσχυε μέχρι τη δημοσίευση του Ν. 4075/11.4.2012
- αποδέχομαι να παρέχω τις ιατρικές υπηρεσίες σύμφωνα με τις ρυθμίσεις που καθορίστηκαν με το άρθρο 46, παρ. 7 του Ν. 4075 που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 89/Α'/11.4.2012, καθώς και τις ρυθμίσεις του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ(ΚΥΑ Φ90380/25916/3294/2011 & Φ90380/5383/738), όπως ισχύει κάθε φορά για τους ασφαλισμένους του Οργανισμού.
- αποδέχομαι την αμοιβή μου που ορίζεται με το άρθρο 46 του Ν. 4075/2012 και η οποία ανέρχεται σε 10 € ανά επίσκεψη πέραν των οποίων δεν έχω καμία οικονομική απαίτηση και με ανώτατο όριο επισκέψεων 200 ανά μήνα.
- πέραν της προαναφερθείσας αμοιβής από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ουδεμία πρόσθετη αμοιβή δύναται να αξιώσω από τους ασφαλισμένους του Οργανισμού που περιλαμβάνονται στις 200 επισκέψεις που θα υποβάλω ανά μήνα.
- υποχρεούμαι να πιστοποιηθώ** (εφόσον δεν έχω ήδη πιστοποιηθεί) **στο e-syntagografisis και**

e-diagnosis και να συνταγογραφώ/παραπέμπω μόνο ηλεκτρονικά εκτός από την περίπτωση που υπάρχει αδυναμία του συστήματος, την παραπάνω διαδικασία θα τη διεκπεραιώνω χειρόγραφα στο ενιαίο συνταγολόγιο του πρώην ΙΚΑ - ΕΤΑΜ.

- υποχρεούμαι να πιστοποιηθώ στο σύστημα e- ΔΑΠΥ (ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ www.eopyy.gov.gr) και να υποβάλλω ηλεκτρονικά τις επισκέψεις που πραγματοποιώ ανά μήνα σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΠΥΥ. Τα ατομικά έντυπα (προσωπικά λευκά συνταγολόγια του γιατρού) των επισκέψεων, θα τα υποβάλλω υπογεγραμμένα τόσο από τον ασφαλισμένο όσο και από το γιατρό και σφραγισμένα στις αρχές κάθε μήνα για τον προηγούμενο μήνα στις πρώην ΥΠΑΔ.
- αποδέχομαι την ανάρτηση των προσωπικών μου στοιχείων (ονοματεπώνυμο, δ/ση ιατρείου, τηλέφωνο, ειδικότητα (κ.λπ.) στα ειδικά πληροφοριακά έντυπα και στο site του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των υπόλοιπων ασφαλιστικών φορέων που έχουν ενταχθεί ή θα ενταχθούν στον ΕΟΠΥΥ), 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.
- **δεν είχα ποινή διακοπής ή καταγγελίας σύμβασης** με έναν από τους φορείς που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ (ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΙΚΟ ΝΑΥΤΟΥ) ή με άλλους ασφαλιστικούς φορείς μέχρι σήμερα) και με τον οποίο είχα συνάψει σύμβαση
- κατέχω την με αριθμ. άδεια λειτουργίας ιατρείου της Νομαρχίας..... ή τον αριθμό μόνιμου ιατρείου του οικείου Ιατρικού Συλλόγου

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