



Δ/νση: Λυκούργου 10 -10551 Αθήνα
Υποκ/μα: Λεωφ. Συγγρού 101, 11745 Αθήνα
info@idika.gr · www.idika.gr
Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 124503101000

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΤΟΜΕΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

Αθήνα,/.../2024

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

ΑΙΤΗΣΗ - ΟΡΟΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΠΑΡΟΧΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΡΑΣΗ

«Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Παχέος Εντέρου» (Δράση) του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου (ΕΠΠΕ)

Η Ανώνυμη Εταιρεία με την επωνυμία «**ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ανώνυμη Εταιρεία**» και το διακριτικό τίτλο «**Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε.**» ιδρύθηκε με το Ν.3607/2007 (ΦΕΚ 245/Α/2007) ως ισχύει και προέρχεται εκ μετατροπής του Ν.Π.Ι.Δ. με την επωνυμία «Κέντρο Ηλεκτρονικού Υπολογιστή Κοινωνικών Υπηρεσιών (Κ.Η.Υ.Κ.Υ.)», που είχε ιδρυθεί με το Ν.Δ 390/69 (ΦΕΚ 283/Α/1969).

Σύμφωνα με την υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ, η **Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. αποτελεί φορέα υλοποίησης της Δράσης για τη δημόσια υγεία «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Παχέος Εντέρου» (Δράση)** που εντάσσεται στο πλαίσιο του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου (ΕΠΠΕ), για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Α. Ο πάροχος υπηρεσιών υγείας (σύμφωνα με το άρθρο 4 της υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ) δηλώνει συμμετοχή στα κατωτέρω στάδια υλοποίησης της δράσης:

Επιλέξτε συμμετοχή <u>σε ένα ή περισσότερα</u> στάδια υλοποίησης :		
1. ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΚΤΟΜΗΣ	☐	Αποδέχομαι και πληρώ τους όρους και τις προϋποθέσεις της υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ.30644/2024 ΚΥΑ και είμαι/διαθέτω ιατρό ειδικότητας γαστρεντερολόγου/ ενδοσκόπου ☐
2. ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΒΙΟΨΙΑΣ	☐	Αποδέχομαι και πληρώ τους όρους και τις προϋποθέσεις της υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ.30644/2024 ΚΥΑ και διαθέτω εργαστήριο με παθολογοανατομικό τμήμα ☐

Β. Ο πάροχος υπηρεσιών υγείας (σύμφωνα με το άρθρο 4 της υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ) διαθέτει τα κάτωθι στοιχεία:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ	
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟ ΤΙΤΛΟ	
ΔΗΜΟΣΙΟΣ Πάροχος Υπηρεσιών Υγείας	Κέντρο Υγείας ☐
	Περιφερειακό Ιατρείο ☐
	Νοσοκομείο - Εξωτερικά ιατρεία ☐
	Πανεπιστημιακό Ίδρυμα ☐
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ Πάροχος Υπηρεσιών Υγείας	Ιδιωτικό ιατρείο ☐
	Ιδιωτική κλινική ☐
	Πολυϊατρείο ☐
	Διαγνωστικό εργαστήριο ☐
Άλλη δομή που αναγνωρίζει το κράτος και παρέχει νόμιμα ιατρικές υπηρεσίες	
ΟΔΟΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΤΚ	
ΠΟΛΗ	
ΝΟΜΟΣ	
ΑΦΜ	
Δ.Ο.Υ	
IBAN (εταιρικό λογαριασμό)	
Νόμιμος/οι Εκπρόσωπος/οι Ονοματ/μο& ΑΜΚΑ	
Άδεια Λειτουργίας (για ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας) : Δηλώστε αριθμό πρωτοκόλλου) (*Σημείωση:σε περίπτωση συμμετοχής στο στάδιο της διενέργειας βιοψίας απαιτείται από την άδεια λειτουργίας να προκύπτει η ύπαρξη παθολογοανατομικού τμήματος.)	

Φορέας έκδοσης άδειας (για ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας): <i>Δηλώστε αριθμό πρωτοκόλλου και Ιατρικός Σύλλογος ή αρμόδια Περιφέρεια)</i>	
Επιστημονικά υπεύθυνος/οι ιατρός/οί: (<i>Δηλώστε Ονοματ/μο & ΑΜΚΑ & Ιατρικός Σύλλογος</i>)	1..... 2
Γαστρεντερολόγος/ενδοσκόπος: (εφόσον ο πάροχος επιλέξει να συμμετάσχει στα στάδια της διενέργειας διαγνωστικής κολονοσκόπησης και της διενέργειας ενδοσκοπικής πολυποδεκτομής) (<i>Δηλώστε Ονοματ/μο & ΑΜΚΑ & Ιατρικός Σύλλογος</i>)	1..... 2
Παθολογοανατόμος (εφόσον ο πάροχος επιλέξει να συμμετάσχει στο στάδιο της διενέργειας βιοψίας) (<i>Δηλώστε Ονοματ/μο & ΑΜΚΑ & Ιατρικός Σύλλογος</i>)	1..... 2
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	
email	

Γ. Αποδέχεται τους όρους συμμετοχής στη Δράση «ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ», σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ και δηλώνει υπεύθυνα ότι:

1. Έχει λάβει γνώση και συμφωνεί στη συμμετοχή ως πάροχος υπηρεσιών υγείας (του άρθρου 4 της υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ) στη Δράση για τα επιλεγέντα στάδια υλοποίησης, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στην υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ και στην οικεία πρόσκληση για την υλοποίηση της Δράσης «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Παχέος Εντέρου».
2. Αποτελεί πάροχο υπηρεσιών υγείας, όπως περιγράφεται στο άρθρο 4 της υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ, διαθέτει όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις λειτουργίας, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και πληροί τους όρους και τις προϋποθέσεις που προβλέπονται στην ως άνω ΚΥΑ για τα επιλεγέντα στάδια υλοποίησης.
3. Δίνει τη συγκατάθεση στην ΗΔΙΚΑ ΑΕ να αντλεί και να ταυτοποιεί στοιχεία του από τρίτους φορείς (λ.χ. ιατρικούς συλλόγους, ΕΟΠΥΥ, ΑΑΔΕ).

4. Ο επιστημονικός υπεύθυνος και οι ιατροί που συμμετέχουν στα επιλεγέντα στάδια υλοποίησης είναι νομίμως εγγεγραμμένοι στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο.
5. Πληροί όλες τις κατά το νόμο προϋποθέσεις λειτουργίας, για την υλοποίηση των επιλεγέντων σταδίων, σύμφωνα με όσα ορίζονται στην υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ.
6. Εκτελεί με την προσήκουσα επιμέλεια και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας τα επιλεγέντα στάδια υλοποίησης, όπως αυτά ορίζονται στην υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ.
7. Αποδέχεται την αποζημίωση των επιλεγέντων σταδίων μετά την υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών στην ΗΔΙΚΑ ΑΕ.
8. Σύμφωνα με το άρθρο 11 της υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ απαγορεύεται η είσπραξη επιπλέον αμοιβής από τους δικαιούχους της Δράσης. Συνέπεια της παράβασης αυτής είναι η εκ μέρους της ΗΔΙΚΑ ΑΕ καταγγελία της σύμβασης με τον πάροχο.
9. Αποδέχεται ότι η ΗΔΙΚΑ μπορεί να εφαρμόσει οποιαδήποτε ελεγκτική διαδικασία και συμφωνεί να συνεργάζεται προσηκόντως στον έλεγχο των αρμόδιων οργάνων στο πλαίσιο της δράσης και θέτει υπόψη τους κάθε στοιχείο σχετικό με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας οποτεδήποτε του ζητηθεί.
10. Παρέχει όλα τα στοιχεία που αφορούν τη Δράση με την τήρηση όλων των σχετικών εγγυήσεων του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της Οδηγίας 95/46/ΕΚ για την Προστασία Δεδομένων [ΓΚΠΔ] (L 119) και του ν. 4624/2019 (Α' 137).
11. Συμμετέχει με εχεμύθεια και τηρεί απολύτως εμπιστευτικό κάθε στοιχείο που περιέρχεται σε γνώση των νομίμων εκπροσώπων του Παρόχου Υπηρεσιών Υγείας, του προσωπικού του και κάθε είδους συνεργατών του κλπ, κατά τη συμμετοχή στη Δράση. Κοινοποιεί δε προς την ΗΔΙΚΑ Α.Ε. μόνον τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για την συμμετοχή στη Δράση, ενώ υποχρεούται να προσαρμόζεται και να εφαρμόζει τις απαιτήσεις της υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ και της κείμενης νομοθεσίας για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (GDPR).
12. Συναινεί ότι η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση συμμετοχής μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών.
13. Αμφότερα τα μέρη μπορούν να καταγγείλουν την παρούσα οποτεδήποτε, για σπουδαίο λόγο.
14. Αμφότερα τα συμβαλλόμενα μέρη διατηρούν το δικαίωμα μονομερούς καταγγελίας της σύμβασης αζημίως, χωρίς υπαιτιότητα του άλλου μέρους, κατόπιν έγγραφης ενημέρωσης κατά τα προβλεπόμενα στον όρο 8 της οικείας πρόσκλησης.
15. Οποιαδήποτε μεταβολή/τροποποίηση, συμπλήρωση της υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ συνιστά σιωπηρή αυτοδίκαιη αποδοχή του Φαρμακοποιού ή του Παρόχου Υπηρεσιών Υγείας. Σε διαφορετική περίπτωση οφείλει άμεσα να προβεί σε καταγγελία της σύμβασης με την ΗΔΙΚΑ, όπως ορίζεται ανωτέρω.
16. Όλοι οι όροι της παρούσης συμφωνούνται ως ουσιώδεις.
17. Για την επίλυση κάθε διένεξης ή διαφοράς σχετικής με την παρούσα σύμβαση αρμόδια ορίζονται τα Δικαστήρια Αθηνών.

Η παρούσα ηλεκτρονική δήλωση μέσω της ειδικής πλατφόρμας της ΗΔΙΚΑ ΑΕ επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης του άρ. 8 του ν. 1599/1986 και υποβάλλεται με ατομική ευθύνη του συμμετέχοντα πάροχου υπηρεσιών υγείας γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται στην παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986²

Ο ΠΑΡΟΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

{DIGITALSIGNED}

Η ΗΛΙΚΑ ΑΕ

{DIGITALSIGNED&

ΑΠΟΔΟΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ
ΑΡΙΘΜΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ}

¹Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη δήλωσή του άρ. 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι δέκα (10) ετών, εάν το όφελος ή η βλάβη υπερβαίνουν το ποσό των εκατόν είκοσι χιλιάδων (120.000) ευρώ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΑΡΟΧΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σε περίπτωση φυσικού προσώπου (ατομικής επιχείρησης):

1. Άδεια λειτουργίας (ιδιωτικού ιατρείου/πολυϊατρείου/διαγνωστικού εργαστηρίου)	☐
2. Έκδοση Υπεύθυνης Δήλωσης του νόμιμου εκπροσώπου (μέσω gov.gr) με το περιεχόμενο της παρ. Γ' του παρόντος	☐
3. Βεβαίωση IBAN	☐

Σε περίπτωση νομικού προσώπου:

1. Νομιμοποιητικά Έγγραφα της εταιρείας:	
α. Πρόσφατο Καταστατικό	☐
β. ΦΕΚ σύστασης	☐
γ. Γενικό Πιστοποιητικό Μεταβολών και Αναλυτικό Πιστοποιητικό Εκπροσώπησης από το ΓΕ.ΜΗ. (τελευταίου 3μήνου)	☐
δ. Βεβαίωση εσωτερικών εγκαταστάσεων από την αρμόδια Δ.Ο.Υ. (μέσω taxisnet ή myAADE)	☐
2. Άδεια λειτουργίας (ιδιωτικού ιατρείου/πολυϊατρείου/διαγνωστικού εργαστηρίου)	☐
3. α. Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας και τυχόν μεταβολές αυτών (Αφορά Ιδιωτικές Κλινικές) β. Βεβαίωση καλής λειτουργίας (Αφορά Ιδιωτικές Κλινικές)	☐
4. Πιστοποιητικό Ιατρικού Συλλόγου των Επιστημονικά Υπεύθυνων του τρέχοντος έτους	☐
5. Πιστοποιητικά ποιότητας (εφόσον υπάρχουν)	☐
Έκδοση Υπεύθυνης Δήλωσης του νόμιμου εκπροσώπου (μέσω gov.gr) με το περιεχόμενο της παρ. Γ' του παρόντος	☐