### 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): | **Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Διεύθυνση Συμβάσεων /Τμήμα Συμβάσεων Παρόχων ΔΦΥ** | | | | | | | | | | | | | |
| 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/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | | |

Ο κάτωθι υπογράφων ως **νόμιμος εκπρόσωπος** της ιδιωτικής Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.) ειδικότητας οφθαλμολογίας:

:

με την επωνυμία:………………………………………………………………………………………………………………………………,

Διακριτικό Τίτλο: ………………………………………………………………………………………………………………………………,

ΑΦΜ:……………………………, ΔΟΥ:…………………………., Δ/ΝΣΗ:…………………………………., ΑΡΙΘΜΟΣ:………………..,

Τ.Κ.:……………….., ΠΟΛΗ:……………………………….., ΤΗΛ.:………………………

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

Τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή, και πληρούνται οι κάτωθι προϋποθέσεις τόσο για εμένα προσωπικά όσο και για τον φορέα που εκπροσωπώ:

* Ούτε εγώ ούτε η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας που εκπροσωπώ έχουμε καταδικαστεί τελεσίδικα για κάποιο από τα εξής αδικήματα: κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, δωροδοκία, απιστία στην υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, και κατ' επανάληψη συκοφαντική δυσφήμιση. Επίσης, δεν τελώ ούτε εγώ ούτε η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική), υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική), ούτε υπό τις δύο αυτές καταστάσεις ταυτόχρονα.
* Δεν έχει εκδοθεί σε βάρος μου ούτε σε βάρος της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας που εκπροσωπώ αμετάκλητη καταδικαστική απόφαση για τα εξής αδικήματα:  
  i) συμμετοχή σε εγκληματική οργάνωση  
  ii) δωροδοκία  
  iii) απάτη  
  iv) νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες
* Ούτε εγώ ούτε η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας τελούμε υπό πτώχευση, εκκαθάριση, αναγκαστική διαχείριση ή οποιαδήποτε άλλη ανάλογη κατάσταση προβλεπόμενη από την ελληνική νομοθεσία.
* Δεν έχει κινηθεί εναντίον μου, ούτε κατά της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας που εκπροσωπώ, διαδικασία πτώχευσης, εκκαθάρισης, αναγκαστικής διαχείρισης ή άλλη ανάλογη διαδικασία, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.
* Δεν έχω καταδικαστεί, ούτε η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας την οποία εκπροσωπώ, με τελεσίδικη απόφαση για αδίκημα που αφορά την επαγγελματική μας διαγωγή.
* Δεν έχουμε διαπράξει, εγώ ή η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας, επαγγελματικό παράπτωμα σχετικό με το αντικείμενο της σύμβασης, το οποίο να έχει διαπιστωθεί με οποιοδήποτε μέσο από τον ΕΟΠΥΥ.
* Έχω εκπληρώσει, τόσο εγώ όσο και η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας που εκπροσωπώ, τις υποχρεώσεις μας όσον αφορά την καταβολή εισφορών κοινωνικής ασφάλισης ή έχουμε υπαχθεί σε καθεστώς ρύθμισης αυτών, σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία. Επιπλέον, έχουμε εκπληρώσει τις υποχρεώσεις μας ως προς την πληρωμή φόρων και τελών, σύμφωνα με την ελληνική ή άλλη συναφή νομοθεσία.
* Δεν έχω κηρυχθεί έκπτωτος, ούτε έχει κηρυχθεί έκπτωτη η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας, από σύμβαση προμηθειών ή υπηρεσιών του δημοσίου. Δεν έχουμε τιμωρηθεί με αποκλεισμό από διαγωνισμούς προμηθειών ή υπηρεσιών του δημόσιου τομέα.
* Ούτε εγώ ούτε η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας έχουμε αμετάκλητες καταδικαστικές αποφάσεις σύμφωνα με τα άρθρα 68 και 153 του ν. 4281/2014 (Α' 160), και δεν μας έχει επιβληθεί οποιαδήποτε ποινή για οικονομικά εγκλήματα.
* Αποδέχομαι την ανάρτηση των εταιρικών μου στοιχείων (επωνυμία, διεύθυνση έδρας, τηλέφωνο κ.λπ.) στα ειδικά πληροφοριακά έντυπα και στην ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ.
* Αποδέχομαι την παροχή υπηρεσιών υγείας από την Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις του συμβατικού πλαισίου συνεργασίας με τον ΕΟΠΥΥ και τον Ε.Κ.Π.Υ.
* Ο διοικητικός διευθυντής και ο επιστημονικά υπεύθυνος της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας δεν έχουν αμετάκλητες καταδικαστικές αποφάσεις, σύμφωνα με το άρθρο 3 του ν. 4600/2019, και δεν τους έχει επιβληθεί ποινή για οικονομικά εγκλήματα ή ποινή από τον ΕΟΠΥΥ ή από ενταγμένους σε αυτόν φορείς κοινωνικής ασφάλισης.
* Δεν έχει επιβληθεί ποινή διακοπής ή καταγγελίας σύμβασης στην Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας.
* Δεν έχει επιβληθεί πρόστιμο στην Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας από τον ΕΟΠΥΥ.

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.