|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | logo.jpg | | Δ/νση: Λυκούργου 10 -10551  Αθήνα  Υποκ/μα: Λεωφ. Συγγρού 101, 11745 Αθήνα | | [info@idika.gr](mailto:info@idika.gr)  ·  [www.idika.gr](http://www.idika.gr) | | **Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 124503101000** | |  |
| **ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Αθήνα, ..//2024**  **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΤΟΜΕΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ** |  |
| **ΤΜΗΜΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ**  **Πληροφορίες: Μαθιουδάκης Κωνσταντίνος**  **Τηλέφωνο: 213-2168233**  **Email: prolipsis-info@idika.gr** |
|  |

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

# ΟΡΟΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ 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 (ΦΕΚ Β΄ 3173), **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. Το φαρμακείο διαθέτει τα κάτωθι στοιχεία :**

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ |  |
| ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟ ΤΙΤΛΟ |  |
| **ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ** | ☐ |
| ΟΔΟΣ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ |  |
| ΤΚ |  |
| ΠΟΛΗ |  |
| ΝΟΜΟ |  |
| ΑΦΜ |  |
| Δ.Ο.Υ |  |
| ΙΒΑΝ (εταιρικό λογαριασμό) |  |
| Φαρμακοποιός | 1. Ονοματ/μο & ΑΔΤ 2. ……. 3. ……. |
| Άδεια Λειτουργίας  Φαρμακείου :*(Δηλώστε αριθμό πρωτοκόλλου*) |  |
| Φορέας έκδοσης άδειας : (*Δηλώστε αριθμό πρωτοκόλλου και αρμόδια Περιφέρεια*) |  |
| Υπεύθυνος/οι Φαρμακείου(*Δηλώστε Ονοματ/μο & ΑΜ Φαρμακευτικού Συλλόγου*) | 1. ….. 2. ……. |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας |  |
| email |  |

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ- ΣΦΡΑΓΙΔΑ**

**Β.** Αποδέχεται τους όρους συμμετοχής στη Δράση «ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ», σύμφωνα με όσα ορίζονται στην υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ.οικ.30644/24 ΚΥΑ, και δηλώνει υπεύθυνα ότι: Κείμενο για επιλογή και επικόλληση στο gov.gr 🡪

1. Έχει λάβει γνώση και συμφωνεί να συμμετάσχει ως φαρμακείο στη δράση, 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 φαρμακείο όπως περιγράφεται και πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις λειτουργίας σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.
3. Δίνει τη συγκατάθεση στην ΗΔΙΚΑ ΑΕ να αντλεί και να ταυτοποιεί στοιχεία του φαρμακείου από τρίτους φορείς (λ.χ. ΠΦΣ, ΕΟΠΥΥ, ΑΑΔΕΕ κα).
4. Ο φαρμακοποιός και ο υπεύθυνος φαρμακοποιός για τη λειτουργία του φαρμακείου είναι νομίμως εγγεγραμμένοι στον οικείο Φαρμακευτικό Σύλλογο.
5. Εκτελεί με την προσήκουσα επιμέλεια και σύμφωνα με τους κανόνες της φαρμακευτικής δεοντολογίας τις υποχρεώσεις που απορρέουν από την παρούσα δράση, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024 ΚΥΑ.
6. Αποδέχεται την αποζημίωση των αυτοδιαγνωστικών ελέγχων (self-test kit), της καταχώρησης του αποτελέσματος αυτών, καθώς και της προμήθειας καθαρτικού για την προετοιμασία της διαγνωστικής κολονοσκόπησης, μετά την υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών στην ΗΔΙΚΑ ΑΕ.
7. Σύμφωνα με το άρθρο 11 παρ. 3 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 καταγγελία της σύμβασης µε το φαρμακείο εκ μέρους της ΗΔΙΚΑ ΑΕ.
8. 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 να θέτει υπόψη τους κάθε στοιχείο σχετικό με την υλοποίησης της δράσης οποτεδήποτε του ζητηθεί.
9. 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).
10. Συμμετέχει με εχεμύθεια και τηρεί απολύτως εμπιστευτικό κάθε στοιχείο που περιέρχεται σε γνώση του/ων υπεύθυνου/ων του Φαρμακείου, του προσωπικού του και κάθε είδους συνεργατών του, 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. 30644/2024ΚΥΑ και της κείμενης νομοθεσίας για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (GDPR) .
11. Συναινεί ότι η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση συμμετοχής μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών.
12. Αμφότερα τα μέρη μπορούν να καταγγείλουν την παρούσα οποτεδήποτε, για σπουδαίο λόγο.
13. 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.
14. Οποιαδήποτε μεταβολή/τροποποίηση, συμπλήρωση της υπό στοιχεία Δ1β/ΓΠ. οικ. 30644/2024ΚΥΑ συνιστά σιωπηρή αυτοδίκαιη αποδοχή του φαρμακείου. Σε διαφορετική περίπτωση οφείλει άμεσα να προβεί σε καταγγελία της σύμβασης με την ΗΔΙΚΑ ΑΕ, όπως ορίζεται ανωτέρω.
15. Όλοι οι όροι της παρούσης συμφωνούνται ως ουσιώδεις.
16. 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 Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης του άρ. 8 του ν. 1599/1986 και υποβάλλεται με ατομική ευθύνη του συμμετέχοντος φαρμακείου γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται στην παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986[[1]](#footnote-1)**

***Όποιος 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 ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

**Α. Σε περίπτωση φυσικού προσώπου (ατομικής επιχείρησης) ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ :**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Αίτηση Παραρτήματος Ι | ☐ |
| 1. Έκδοση Υπεύθυνης Δήλωσης του νόμιμου εκπροσώπου (μέσω gov.gr) με το περιεχόμενο της παρ. Β’ του παρόντος | ☐ |
| 1. Άδεια λειτουργίας Φαρμακείου | ☐ |
| 1. Βεβαίωση IBAN | ☐ |

**Β. Σε περίπτωση εταιρικής νομικής μορφής ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Αίτηση Παραρτήματος Ι | ☐ |
| 1. Έκδοση Υπεύθυνης Δήλωσης του νόμιμου εκπροσώπου (μέσω gov.gr) με το περιεχόμενο της παρ. Β’ του παρόντος | ☐ |
| 1. Άδεια λειτουργίας Φαρμακείου | ☐ |
| 1. Βεβαίωση IBAN | ☐ |
| 1. Νομιμοποιητικά Έγγραφα της εταιρείας: | ☐ |
| 1. Πρόσφατο Καταστατικό | ☐ |
| β. Γενικό Πιστοποιητικό Μεταβολών και Αναλυτικό Πιστοποιητικό Εκπροσώπησης από το ΓΕ.ΜΗ. | ☐ |

1. [↑](#footnote-ref-1)