### 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 Κλινικής:

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 Κλινική 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 Κλινική 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 Κλινικής 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 Κλινική τελούμε υπό πτώχευση, εκκαθάριση, αναγκαστική διαχείριση ή οποιαδήποτε άλλη ανάλογη κατάσταση προβλεπόμενη από την ελληνική νομοθεσία.
* Δεν έχει κινηθεί εναντίον μου, ούτε κατά της Κλινικής που εκπροσωπώ, διαδικασία πτώχευσης, εκκαθάρισης, αναγκαστικής διαχείρισης ή άλλη ανάλογη διαδικασία, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.
* Δεν έχω καταδικαστεί, ούτε η Κλινική την οποία εκπροσωπώ, με τελεσίδικη απόφαση για αδίκημα που αφορά την επαγγελματική μας διαγωγή.
* Δεν έχουμε διαπράξει, εγώ ή η Κλινική, 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 Κλινική 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 Κλινική, από σύμβαση προμηθειών ή υπηρεσιών του δημοσίου. Δεν έχουμε τιμωρηθεί με αποκλεισμό από διαγωνισμούς προμηθειών ή υπηρεσιών του δημόσιου τομέα.
* Ούτε εγώ ούτε η Κλινική 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 Κλινική 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 Κλινικής 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 Κλινική.

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.