**Ε Ξ Ο Υ Σ Ι Ο Δ Ο Τ Η Σ Η**

Ο/Η υπογράφων/ουσα ……………………..……………………………………………………….……... του ……………………….………. Ειδικότητα ……………………...……………………….
Διεύθυνση (*οδός/αρ./περιοχή/ΤΚ*)………………………………………………………………………...……

που είναι φορέας ΠΦΥ νόμιμα αδειοδοτημένος και συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ, έχοντας λάβει σοβαρά υπ’ όψη τις εξαιρετικά ιδιάζουσες και δυσμενείς συνθήκες υπό τις οποίες είμαστε σήμερα αναγκασμένοι να παρέχουμε τις ιατρικές μας υπηρεσίες σε ένα συνεχώς αναδιαμορφούμενο πλαίσιο σχέσεων και υποχρεώσεων για τη συνεργασία μας με τον ΕΟΠΥΥ (μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών Υγείας από τους ιδιώτες ιατρούς για τους Έλληνες ασφαλισμένους), με την παρούσα **εξουσιοδοτώ** το ΝΠΔΔ με την επωνυμία ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΕΙΡΑΙΑ (ΙΣΠ), που εδρεύει στον Πειραιά, οδός Αγ. Κων/νου αρ. 5, να με εκπροσωπεί πλήρως και να προβαίνει αντ’ εμού, στο όνομά μου και για λογαριασμό μου, διά του Προέδρου του ή άλλου ορισθέντος για το σκοπό αυτό εκπροσώπου του, με γνώμονα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την προάσπιση της τιμής, της αξιοπρέπειας και της επιστημονικής ελευθερίας κάθε ιατρού, όπως επιβάλλουν οι αρχές και οι κανόνες ορθής άσκησης της Ιατρικής Επιστήμης και Δεοντολογίας, αλλά και οι υποχρεώσεις για την προστασία της υγείας των ασθενών μου, αλλά και την ανάγκη εξασφάλισης βιώσιμων συνθηκών άσκησης του λειτουργήματός μου,

**α) για** **καταγγελία** της όποιας άτυπης σήμερα «Σύμβασης για Εκτέλεση Παρακλινικών Εξετάσεων» που με συνδέει με τον ΕΟΠΥΥ **και**

**β)** **για διαπραγμάτευση** και συμφωνία νέων όρων Συλλογικής Σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ χωρίς claw back.Όλα τα παραπάνω υπό την προϋπόθεση ότι θ΄ ανταποκριθεί η συντριπτική πλειοψηφία των εργαστηριακών και κλινικοεργαστηριακών ιατρών και φορέων σε ποσοστό τουλάχιστον 80% των συμβεβλημμένων με τον ΕΟΠΥΥ παρόχων της Περιφέρειας Αττικής, δεσμευόμενος ότι στην περίπτωση αυτή δεν θα προβώ στην υπογραφή ατομικής σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ.

Η παρούσα εξουσιοδότηση παραμένει ενεργός και ισχυρή μέχρι την ανάκλησή της, για την οποία ορίζω από τώρα ως μόνο και αποκλειστικό τρόπο, την επίδοση σχετικής έγγραφης δήλωσής μου προς τον ΙΣΠ και προς τον ΕΟΠΥΥ.

 Πειραιάς, ………………. 2019

 **Ο/Η ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

 *(υπογραφή – σφραγίδα)*