



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**



**Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας**

www.eopyy.gov.gr

Μαρούσι, 08/05/2019

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΕΟΠΥΥ

Κατόπιν έκδοσης του ΦΕΚ Β4778/25.10.2018 όπου καταργείται η Νοσοκομειακή γνωμάτευση και του ν. 4603/2019 όπου σύμφωνα με το άρθρο 67 καταργούνται τα Έντυπα Βιβλιάρια Υγείας, τροποποιείται και υποβάλλεται συνημμένο το έντυπο εξουσιοδότησης των εταιρειών ταχυμεταφοράς για παραλαβή φαρμάκων από τα Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ με τη διαδικασία της «κατ' οίκον παράδοσης φαρμάκων». Ο ασθενής θα συνεχίζει να μπορεί να εξουσιοδοτεί έως τρεις (3) υπαλλήλους της πιστοποιημένης εταιρείας ταχυμεταφοράς και το έντυπο θα πρέπει να είναι συμπληρωμένο πλήρως σε όλα τα πεδία κάθε φορά και θεωρημένο για το γνήσιο της υπογραφής από Δημόσια Αρχή.

Έως σήμερα πιστοποιημένες εταιρείες ταχυμεταφοράς από τον Οργανισμό θεωρούνται οι ακόλουθες:

1. Μανουσάκη Μαρία
2. Γενική Ταχυδρομική
3. Ταχυμεταφορές ΕΛΤΑ Α.Ε.
4. ΠΙ & ΦΙ ΤΑΧΥΜΕΤΑΦΟΡΕΣ ΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ. ΗΛΙΑΣ
5. Υπηρεσίες Ταχυμεταφορών «Αριστείδης-Χρήστος Πέτρου»
6. AIDPLUSCARE
7. Εταιρεία ΒΙΟΑΧΙΣ
8. Εταιρεία ACS Α.Ε.Ε.
9. FOR HEALTH Α.Ε.
10. ΤΣΙΜΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ
11. Ελληνικά Ταχυδρομεία ΑΕ

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΠΥΥ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/ηΤΟΥ
....., ασφαλισμένος/η στο φορέα, με ΑΜΚΑ
και με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας, κάτοικος.....,
οδός....., αριθμός....., Τ.Κ.....

Εξουσιοδοτώ

Τον/Την.....
με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας.....,

Τον/Την.....
με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας.....,

Τον/Την.....
με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητας.....

νόμιμο εκπρόσωπο της εταιρείας....., όπως καταθέσει για λογαριασμό μου και αντ' εμού τα απαραίτητα έγγραφα και την έγκριση της επιτροπής ΣΗΠ στο φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ και παραλάβει για λογαριασμό μου και αντ' εμού από το Φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ και μου παραδώσει με αποδεικτικό το/τα φαρμακευτικό/ά ιδιοσκεύασμα/τα που αναγράφεται/νται στην/στις επισυναπτόμενη/ες συνταγή/ες με αρ.

1. 4.
2. 5.
3. 6.

καθώς:

α) είμαι κλινήρης ή

β) είμαι σε ανοσοκαταστολή που βεβαιώνεται από την Ιατρική Βεβαίωση που επισυνάπτεται ή

γ) πάσχω από νευρολογική πάθηση με συνέπεια κινητικά προβλήματα που βεβαιώνεται από την Ιατρική Βεβαίωση που επισυνάπτεται ή

δ) είμαι ογκολογικός ασθενής ή

ε) λόγω γήρατος (ηλικία >80 ετών) ή

στ) διαμένω σε απόσταση άνω των 20 χλμ από το Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ (τόπος κατοικίας:)

Δηλώνω ότι έχω προσυπογράψει όπισθεν της/των συνταγής/ών που προσκομίζει ο εκπρόσωπός μου.

ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΝΗΣΙΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ
(Δημόσια Αρχή)

Ημερομηνία:.....

Ο/Η Εξουσιοδοτών/ούσα