



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Λάρισα 10/07/2026
Αρ. πρωτ. 60896

Ταχ. Δ/ση: Περιοχή Μεζούρλο, Λάρισα,
ΤΘ 2101, ΤΚ 41110
Τμήμα: Προμηθειών
Πληροφορίες: Γκατζούλη Ελένη
Τηλέφωνο: 2413 – 500821
E-mail: procurement@dypethessaly.gr

Θέμα: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την προμήθεια «Εντύπων» για την κάλυψη των αναγκών των αποκεντρωμένων δομών της 5ης ΥΠΕ

- ΣΧΕΤ:**
1. Η υπ' αριθμ 60516/09-07-2026 Απόφαση Διοικητή Έγκρισης σκοπιμότητας και διενέργειας διαγωνιστικής διαδικασίας για την προμήθεια «Εντύπων» για την κάλυψη των αναγκών των αποκεντρωμένων δομών της 5ης ΥΠΕ
 2. Η υπ' αριθμ 01/942/10-07-2026 Απόφαση Ανάληψης Υποχρέωσης (Αρ Δέσμ 716/0) (ΑΔΑ:9ΚΕΘ469Η2Γ-81Ι)

Σας ενημερώνουμε ότι η υπηρεσία μας καλεί όλους τους ενδιαφερόμενους να καταθέσουν οικονομική προσφορά για την προμήθεια «Εντύπων» για την κάλυψη των αναγκών των αποκεντρωμένων δομών της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας. συνολικής προϋπολογιζόμενης δαπάνης 25.970,93€.

Α/Α	ΚΩΔ.	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΠΟΣΟ ΤΗΤΑ	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ	ΔΑΠΑΝΗ ΜΕ ΦΠΑ
1	0021	ΜΠΛΟΚ ΔΕΛΤΙΟ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ 100Φ. ΜΟΝΟ	350	2,42	847,00	1.050,28
2	0169	ΜΠΛΟΚ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	15	4,44	66,60	82,58
3	0170	ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ & ΕΝΤΟΛΗ ΚΙΝΗΣΗΣ	100	6,09	609,00	755,16
4	0244	ΒΙΒΛΙΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ 200 ΦΥΛΛΩΝ	50	28,32	1.416,00	1.755,84
5	0246	ΒΙΒΛΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΕ ΧΟΝΤΡΑ ΕΞΩΦΥΛΛΑ 200Φ.	30	25,6	768,00	952,32
6	0256	ΒΙΒΛΙΟ Α4	50	24,1	1.205,00	1.494,20
7	0470	ΒΙΒΛΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΣΕ Α3 200 Φ. ΜΕ ΑΜΚΑ & Α.Μ., ΝΑ ΓΡΑΦΕΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ-ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	600	19,81	11.886,00	14.738,64
8	0492	ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΑΔΕΙΩΝ	100	5,81	581,00	720,44
9	1009	ΜΠΛΟΚ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΠ ΥΛΙΚΟΥ (100Φ.ΔΙΠΛΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ)	50	4,71	235,50	292,02
10	1060	ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΑΥΕ & ΒΥΕ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ	500	4,58	2.290,00	2.839,60

11	1698	ΜΠΛΟΚ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ (ΜΕ ΑΜΚΑ & ΑΜ) ΜΠΛΟΚ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ 100Φ. ΤΕΤΡΑΠΛΟΥΤΥΠΟ	50	7,86	393,00	487,32
12	7198	ΒΙΒΛΙΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ 300 ΦΥΛΛΩΝ	20	26,36	527,20	653,73
13	0993	ΜΠΛΟΚ ΣΥΝΤΑΓΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΛΟ 100Φ.ΜΟΝΟ	50	2,4	120,00	148,80
		ΣΥΝΟΛΟ	1965		20.944,30	25.970,93

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

Ο οικονομικός φορέας οφείλει να καταθέσει την οικονομική προσφορά του, σε σφραγισμένο φάκελο στην διεύθυνση: **Κεντρική Υπηρεσία της 5ης Υ.Π.Ε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας, Περιοχή Μεζούρλο, Λάρισα, ΤΘ 2101, ΤΚ 41110, Τμήμα Πρωτοκόλλου** έως την **ΔΕΥΤΕΡΑ 27-07-2026 και ώρα 14:30**

Στον φάκελο κάθε προσφοράς πρέπει να αναγράφονται ευκρινώς:

- ✚ Η λέξη «ΠΡΟΣΦΟΡΑ».
- ✚ Ο πλήρης τίτλος της αρμόδιας Υπηρεσίας που διενεργεί το διαγωνισμό (5^η ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας).
- ✚ Τον τίτλο της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος
- ✚ Τα στοιχεία του συμμετέχοντος (τίτλος εταιρείας - ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, email) και να περιέχει
- ✚ Την οικονομική προσφορά, την τεχνική περιγραφή του προσφερόμενου είδους καθώς και όλα τα απαραίτητα συνοδευτικά έγγραφα.
- ✚ Ο κάθε οικονομικός φορέας μαζί με την οικονομική προσφορά υποχρεούται να καταθέσει υπεύθυνη δήλωση στην οποία να δηλώνει ότι αποδέχεται τις τεχνικές προδιαγραφές της πρόσκλησης.

Μέσα στον **κυρίως φάκελο** τοποθετούνται σε χωριστό φάκελο τα ακόλουθα:

1. Τα δικαιολογητικά συμμετοχής:

- **Υπεύθυνη δήλωση** στην οποία να αναγράφονται τα στοιχεία του διαγωνισμού, στον οποίο συμμετέχει ο οικονομικός φορέας και σύμφωνα με την οποία θα δηλώνεται ότι:
 - Μέχρι και την ημέρα υποβολής της προσφοράς του ο οικονομικός φορέας δεν βρίσκεται σε μία από τις καταστάσεις των άρθρων 73 και 74 του Ν. 4412/2016, για τις οποίες οι οικονομικοί φορείς αποκλείονται ή μπορούν να αποκλεισθούν από την συμμετοχή τους σε διαγωνισμούς του Δημοσίου.
 - Αποδέχεται ανεπιφύλακτα τους όρους της παρούσας πρόσκλησης.
 - Η προσφορά συντάχθηκε σύμφωνα με τους όρους της παρούσας πρόσκλησης των οποίων οι προσφέροντες έλαβαν πλήρη και ανεπιφύλακτη γνώση.
 - Τα στοιχεία που αναφέρονται στην προσφορά είναι αληθή και ακριβή.
 - Παραίτείται από κάθε δικαίωμα αποζημίωσής του σχετικά με οποιαδήποτε απόφαση της Αναθέτουσας Αρχής για αναβολή ή ακύρωση – ματαίωση του διαγωνισμού.
 - Συμμετέχει σε μια μόνο προσφορά στο πλαίσιο του παρόντος διαγωνισμού.
- **Πιστοποιητικά νόμιμης σύστασης και εκπροσώπησης**
Για την απόδειξη της νόμιμης εκπροσώπησης, στις περιπτώσεις που ο οικονομικός φορέας είναι νομικό πρόσωπο και υποχρεούται, κατά την κείμενη νομοθεσία, να δηλώνει την εκπροσώπηση και τις μεταβολές της στο ΓΕΜΗ, προσκομίζει σχετικό πιστοποιητικό ισχύουσας εκπροσώπησης, το οποίο πρέπει να έχει εκδοθεί έως τριάντα (30) εργάσιμες ημέρες πριν από την υποβολή του.

2. Η τεχνική προσφορά:

- **Υπεύθυνη δήλωση** στην οποία να αναγράφονται τα στοιχεία του διαγωνισμού, στον οποίο συμμετέχει ο οικονομικός φορέας και σύμφωνα με την οποία θα δηλώνεται ότι

συμφωνεί και καλύπτει απόλυτα τις τεχνικές προδιαγραφές όπως αναλύονται στο Παράρτημα 1 και Παράρτημα 2 με τα δείγματα.

3. **Η οικονομική προσφορά:**

θα πρέπει να περιέχει την προσφορά της η οποία δεν πρέπει να ξεπερνά τη συνολική προϋπολογιζόμενη δαπάνη 25.970,93€ με τον ΦΠΑ

Τα **τεχνικά στοιχεία** της προσφοράς, τοποθετούνται μέσα στον κυρίως φάκελο, με την ένδειξη **«Τεχνική προσφορά»**.

Τα **οικονομικά στοιχεία** της προσφοράς τοποθετούνται, **επί ποινή απορρίψεως**, σε χωριστό σφραγισμένο φάκελο, επίσης μέσα στον κυρίως φάκελο, με την ένδειξη **«Οικονομική προσφορά»**.

Η μορφή ξεχωριστών φακέλων για τα δικαιολογητικά συμμετοχής και την τεχνική προσφορά γίνεται για διευκόλυνση της επιτροπής και δεν συνιστά λόγο απόρριψης της προσφοράς.

Επισημαίνεται ότι:

- ✓ Η αξιολόγηση των προσφορών θα προκύψει από την πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη προσφορά μόνο βάσει τιμής.
- ✓ Για όσα δεν αναφέρονται λεπτομερώς στην παρούσα πρόσκληση, ισχύουν οι διατάξεις της κείμενης Νομοθεσίας.
- ✓ Με την υπογραφή της σύμβασης ο προμηθευτής υποχρεούται να μας προσκομίσει Φορολογική και Ασφαλιστική ενημερότητα, Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου του νόμιμου εκπροσώπου της εταιρείας, τα κατά περίπτωση νομιμοποιητικά έγγραφα εκπροσώπησης.

Για τα εγκατεστημένα στην Ελλάδα νομικά πρόσωπα και οντότητες, ως προς την ποινική ευθύνη του νομικού προσώπου/ οντότητας για τα αδικήματα δωροδοκίας, που περιλαμβάνονται στην παρ. 1 του άρθρου 73 του ν. 4412/2016, κατ' εφαρμογή των άρθρων 134 και 135 του ν. 5090/2024: Υπεύθυνη δήλωση, ανά περίπτωση, νόμιμου εκπροσώπου του νομικού προσώπου/ οντότητας, στην οποία δηλώνει ότι το νομικό πρόσωπο/ οντότητα, το οποίο εκπροσωπεί νόμιμα, δεν έχει καταδικαστεί αμετάκλητα για κανένα από τα αδικήματα δωροδοκίας του άρθρου 73 παρ. 1 του ν. 4412/2016, κατ' εφαρμογή των διατάξεων των άρθρων 134- 135 του ν. 5090/ 2024 (βλ. και υπ' αριθμ. 5868/2024 (ΑΔΑ: ΡΝΑ1ΟΞΤΒ-ΗΩ0) έγγραφο ΕΑΔΗΣΥ με θέμα «Αποκλεισμός νομικών προσώπων και οντοτήτων από δημόσιες συμβάσεις και συμβάσεις παραχώρησης»).

- ✓ Υπεύθυνη δήλωση, η οποία συμπληρώνεται βάσει του συνημμένου ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.

**Για την 5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στ. Ελλάδας
Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**

ΦΩΤΙΟΣ ΣΕΡΕΤΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ

A/A	ΚΩΔ.	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΤΕΧΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
1	0021	ΜΠΛΟΚ ΔΕΛΤΙΟ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ 100Φ. ΜΟΝΟ	ΕΝΤΟΛΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ _ (ΜΟΝΟ 100 ΦΥΛΛΩΝ)
2	0169	ΜΠΛΟΚ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	διπλότυπο, 100 φύλλων, 17.5x16.5cm
3	0170	ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ & ΕΝΤΟΛΗ ΚΙΝΗΣΗΣ	50 ΦΥΛΛΩΝ (ΤΡΙΠΛΟ, ΛΕΥΚΟ-ΡΟΖ-ΚΙΤΡΙΝΟ),ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ, Α4
4	0244	ΒΙΒΛΙΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ 200 ΦΥΛΛΩΝ	(42X30) ΧΟΝΤΡΑ ΕΞΩΦΥΛΛΑ ΑΝΟΙΓΜΑ ΑΠΟ ΑΡΙΣΤΕΡΑ Α3 σε δυο σελίδες -μονό χωρίς τα ονόματα και με αρίθμηση από το 1-70
5	0246	ΒΙΒΛΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΕ ΧΟΝΤΡΑ ΕΞΩΦΥΛΛΑ 200Φ.	(25X35) ΧΟΝΤΡΑ ΕΞΩΦΥΛΛΑ (ΒΙΒΛΙΟ)
6	0256	ΒΙΒΛΙΟ Α4	(25X35) ΧΟΝΤΡΑ ΕΞΩΦΥΛΛΑ (ΒΙΒΛΙΟ)
7	0470	ΒΙΒΛΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΣΕ Α3 200 Φ. ΜΕ ΑΜΚΑ & Α.Μ., ΝΑ ΓΡΑΦΕΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ-ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ 35X45 ΕΚ, 200 ΦΥΛΛΩΝ, ΜΑΥΡΑ ΧΟΝΤΡΑ (ΒΙΒΛΙΟ)
8	0492	ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΑΔΕΙΩΝ	ΜΠΛΟΚ - ΚΑΤΡΕΛΕΣ, 100 ΦΥΛΛΩΝ, Α4 - 2 ΟΨΕΩΝ
9	1009	ΜΠΛΟΚ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΠ ΥΛΙΚΟΥ	(100Φ.ΔΙΠΛΟ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ)
10	1060	ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΑΥΕ & ΒΥΕ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ	100 ΦΥΛΛΩΝ (ΔΙΠΛΟ, ΛΕΥΚΟ- ΚΙΤΡΙΝΟ), Α4
11	1698	ΜΠΛΟΚ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ (ΜΕ ΑΜΚΑ & ΑΜ) ΜΠΛΟΚ ΚΑΡΜΠΟΝΙΖΕ 100Φ. ΤΕΤΡΑΠΛΟΤΥΠΟ	ΜΠΛΟΚ, 100 ΦΥΛΛΩΝ, Α4 - 2 ΟΨΕΩΝ-ΤΕΤΡΑΠΛΟΤΥΠΟ
12	7198	ΒΙΒΛΙΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ 300 ΦΥΛΛΩΝ	(25X35) ΧΟΝΤΡΑ ΕΞΩΦΥΛΛΑ (ΒΙΒΛΙΟ)
13	0993	ΜΠΛΟΚ ΣΥΝΤΑΓΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΛΟ 100Φ.ΜΟΝΟ	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II ΔΕΙΓΜΑΤΑ

α/α 1. Κωδ. Διυχ. 0021.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

ΕΝΤΟΛΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ
Προς

Το Τμήμα

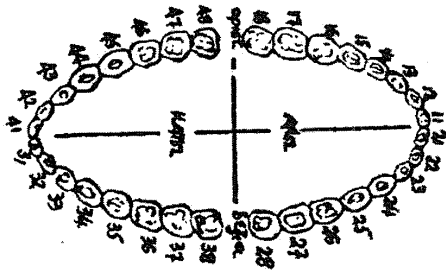
για να εξετασθεί η ή ο

..... 20
Ο ΠΡΟΪΤ. ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΚΙΝΗΣΕΩΣ

α/α 2

ΚΟΔ ΔΙΑΧ 0169

Αριθ. τυποτ. 120106002 - Παρ. ΥΠ. Διακ. 509/01



ΙΑΤΡΙΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Διασπείνεται για 1 χρόνο

Αστέ. ενυδαφής

ΕΙΣΗΓΗΣΗ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ο οδοντίατρος βεβαιώνει ότι ο / η

ασφαλισμένος έχει ανάγκη το-

κατοίκος οδός τεχνητών δοντιών και στις δύο

πρόεπισης (1) γνάθος (2) στην (3) γνάθο λόγω έλλειψης αυτών και ελάττωσης της μαστικής

ικανότητας και διαταραχής της υγείας της

ΕΜΕΙΛΟΝΤΕΣ ΟΔΟΝΤΕΣ (4)

ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΣ Α Δ Α

ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΣ Α Δ Α 200

Ο ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ ΕΤΚΡΙΝΕΤΑΙ Ο ΕΝΕΙΚΤΗΣ Η ΑΥΕ.

ΣΗΜ. - Ονοματεπώνυμο οδοντίατρου, Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένου, Αριθμός δόνη κατοικίας ασφαλισμένου. 1) Διακρίβους ο αριθμός των απαιτούμενων τεχνητών δοντιών, 2) και 3) διακρίβους η μη προσελασμένη ένδεση, 4) θα σημειωθούν αριθμητικά και χωριστά τα δόντια που λαμβάνει από οριστικό και δελτά, 5) Σε περίπτωση που δεν υπάρχει έλεγχος οδοντίατρος ή έλεγχος γίνεται από την ΑΥΕ στην οποία μετέχει ο οδοντίατρος (όμοιος 30 του ΚΑ).

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΑΡΟΧΩΝ

Βεβαιώνεται ότι ο ανωτέρω δικαιούται της παροχής που ζητά:

Συνολική αξία €

.....200

Ο ΕΚΔΟΤΗΣ

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ

α/α 3.

κωδ. διαγ. 0170



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

5^η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ & ΕΝΤΟΛΗ ΚΙΝΗΣΗΣ

1. Βεβαιώνεται η ανάγκη μεταφοράς του
..... με ασθενοφόρο αυτοκίνητο
από εις
Επειδή

Ημερομηνία ώ

Ο Ιατρός τ

α) Υπογραφή

β) Όνομα

2. Εντέλλεται η κίνηση του ασθενοφόρου
με οδηγό τον
και συνοδό τον

Η εντολή είναι συνέχεια τηλεφωνικής προφορικής (ΝΑΙ - ΟΧΙ)

Λάρισα ώρα

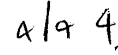
Ο Δ/ΝΤΗΣ ΤΟΥ Κ.Υ.

α) Υπογραφή

β) Όνομα

3. Βεβαιώνεται η μεταφορά (Η σχετική παρατήρηση)

Ο ΟΔΗΓΟΣ

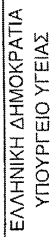


Σελίδα 9

Kurt Sax
0246.



ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΘΕ ΣΕΛΙΔΑΣ Πλάτος 25cm Υψος 35 cm
ΤΟ ΕΞΟΦΥΛΛΟ ΜΑΥΡΟ ΣΚΛΗΡΟ
ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΕ ΚΑΘΕ ΣΕΛΙΔΑ ΤΟΥ ΒΙΒΛΙΟΥ
ΣΕΛΙΔΕΣ 200 ΗΤΟΙ ΦΥΛΛΑ 100



5η Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

KENTPO YΓEIAS

ΒΙΒΛΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΙΑΤΡΕΙΟ :

[illegible]

ΙΑΤΡΕΙΟΥ

[illegible]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

α/α 8 Κωδ. Μηχ. 0492

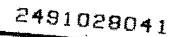
ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΝΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΕΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΒΑΘΜΟΣ:

Α/Α	ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ	ΗΜΕΡΩΝ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΗΜΕΡΩΝ ΕΠΙΣΤΡΟΦ.	ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΑΔΕΙΩΝ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ	Δ/ΝΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	Δ/ΝΤΗΣ ΤΟΜΕΑ	Δ/ΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Wesley 0492 4/18

ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ					
Α/Α	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΑΔΕΙΩΝ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1					
2					
3					
4					

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ						
Α/Α	ΗΜΕΡΕΣ	ΗΜΕΡΟΜ. ΕΝΑΡΞΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ	ΣΚΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1						
2						
3						
4						
5						
6						

[illegible]



Οικονομικό Έτος.....

KWS Sax 1009
a/a 9

Το παρακάτω φαρμακευτικό υλικό για τις ανάγκες του.....

Λάρισα.....200.....

Ο Διευθυντής

Τα πιο πάνω φάρμακα εκτός από εκείνα που γράφονται στις παρατηρήσεις παραδόθησαν και παρελήφθησαν κανονικά την

Ο παραδούς Φαρμακοποιός

Ο παραλαβών υπολογισμός

Εθεωρήθη

Ο Διευθυντής



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Διατηρείται για 5 χρόνια

α/α 11

κωδ διαχ 1060



.....θμια Υγειον. Επιτροπή
Αριθμ. Γνωμάτευσης

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Η /θμια Υγειονομική Επιτροπή, αποτελούμενη από τους γιατρούς:

1. ως Πρόεδρο
2. ως Μέλος
3. ως Μέλος

Παρισταμένης και της Γραμματέας
επιλαμβάνεται να γνωματεύσει για τ ασφαλισμέν
του

Α.Μ. Ετών Επάγγελμα

Διεύθυνση κατοικίας Τηλ.

Ασφαλιστική ικανότητα
που ζητά Γνωμάτευση ανικανότητας για εργασία.

Αριθ. τυπ. 120102003 - Υπ. 509/01	Αιτίσεις ασφαλι-	[	
	σμέν		
	Ευρήματα από την		
	Κλινική εξέτ.		
	Παρακλινική εξέτ.	[	
	Γνωματεύσεις Ειδ.		
	Γιατρών		
			
	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	[	
	Πάθηση ή βλάβη		

ΓΝΩΜΑΤΕΥΕΙ

Οτι ασφαλισμέν λόγω της κατάστασης της υγείας τ είναι ανίκαν για εργασία,
για το από μέχρι χρονικό διάστημα, κατά πρόβλεψη.

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

200



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Διατηρείται για αόριστο χρόνο

Ημερομηνία..... 200.....

Αριθμός πρωτοκόλλου

ΤΥΠΟΣ Β'

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο Διευθυντής

Έχοντας υπόψη: (1)

1. - Τις διατάξεις των άρθρων 108, 109,, 110, 111, 112, του Υ.Κ. σε συνδυασμό με τις διατάξεις του 933/66 Β. Διατάγματος.
2. - Τις διατάξεις των άρθρων 53 και 54 του Κ.Υ.Π. του Ι.Κ.Α. όπως τροποποιήθηκε με την 17875/1311 23.4.64 απόφαση Υπουργού Εργασίας (Εγκύκλιος Ι.Κ.Α. 110/64).
3. - Την 615/78 γνωμοδότηση του Ν.Σ.Κ. (Γ.Ε. 98030/78/18.1.80 και 204057/1 - 80 Διοικήσεως Ι.Κ.Α.).
4. - Τις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού εμπίσθων ιατρών του Ι.Κ.Α. (Φ.Ε.Κ. 909/72).
5. - Τη σχετική με την εκχώρηση αρμοδιοτήτων απόφαση του Διοικητή του Ι.Κ.Α.
6. - Τη γνωμοδότηση του αρμοδίου Υγειονομικού Οργάνου που αναφέρεται στην άλλη σελίδα.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Χορηγούμε στον

ΑΡ. ΦΑΚΕΛΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΠΑΤΕΡΑ

..... (2)) ημέρες αναρρωτική άδεια αποδοχές

ΚΛΑΔ. ΒΑΘΜΟΣ

ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ

από μέχρι.....

Ε.Δ.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

α.....

β. Ενδιαφερόμεν.....

.....

(1) Η παρ. 1 για τους μόνιμους Διοικ. - Υγ. Υπαλλήλους

» 2 και 3 » Ιατρούς.

» 1 και 4 για τους Ιατρούς αορίστου χρόνου

(2) Για Ιατρούς γράφεται η ειδικότητα.

ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΙΟΙΚΗΣΕΩΣ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

6E3 1

Σελίδα 17

α/α 14
ΥΕΔ ΔΙΑΧ. 1698.

Α/Γ, πατέρι θανάτου..... Τόπος..... Έτος 20.....
(Αναγράφεται από το Αιτίλαχο)

Ο θάνατος δηλώνεται στο Αιτίλαχο από τους ακόλουθους (24) μετά από την επίκληση του άρθρου 32, παρ. 1, Ν. 344/1976

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟΥ

(Εκδίδεται για τη δήλωση του θανάτου, κατά το άρθρο 32 του Ν. 344/1976)

Ο υπογεγραμμένος Ιατρός βεβαιώνει ότι σήμερα στις του μήνα του έτους ημέρα και ώρα πέρασε στο Νοσοκομείο, Κλινική ή κατοικία Οδός αρ. του Δήμου της Δημοτικής Ενότητας της Δημοτικής/Τοπικής Κοινότητας του Νομού ο κατωτέρω αναφερόμενος:

1. Επώνυμο Όνομα
2. Επώνυμο πατέρα Όνομα πατέρα
3. Επώνυμο μητέρας Όνομα μητέρας
4. Φύλο (άρρεν ή θήλυ) Α.Φ.Μ. ΑΜΚΑ
5. Στοιχεία Ταυτότητας: Είδος αριθμ. Ημερ. έκδοσης
6. Φορέας ασφάλισης/αυτοαξιοδότησης: 1. 2. 3.
7. Χρονολογία γεννήσεως του θανόντα: Ημέρα του μήνα Μήνας Έτος
8. Τόπος γεννήσεως του θανόντα: Δήμος ή Δημ. Ενότητα Δημοτική/Τοπική Κοινότητα Οικισμός Νομός
9. Πόλη Εξωτερικού Χώρα Εξωτερικού Θρήσκευμα Δόγμα
10. Επάγγελμα (είδος επαγγέλματος) Επάγγελμα Δόγμα
11. Μόνιμη κατοικία του θανόντα: οδός αρ. Τ.Κ. Δημ./Τοπ. Κοινότητα Δήμος ή Δημ. Ενότητα Νομός ή Χώρα του εξωτερικού
12. Δημόσια κατάσταση του θανόντα: Νομικό Αρχή δημοτολογίου
13. Οικογενειακή κατάσταση του θανόντα: (γάμος, έγγαμος, χήρος/ χήρα, διαζευγμένος/ διαζευγμένη)
14. Όνομα του ή της συζύγου Επώνυμο
15. Ηλικία επίγοντος ή επίδοσης συζύγου
16. Για τα θανόντα βρέφη ηλικίας κάτω του ενός έτους:

Ενός γάμου ☐ ενός γάμου ☐	Κάτω του ενός έτους	Κάτω των 24 ωρών
Γεννημένο εντός συζύγου ☐	Μήνες	Ημέρες
συμβίωσης ☐	Ώρες	Λεπτά

17. Μέρος όπου ακριβώς συνέβη ο θάνατος: (δωρ. κατοικία, Νοσοκομείο ή Μαιευτήριο, Ίδρυμα ομαδικής συνείδησης, άλλο μέρος).....
18. Στοιχεία Ενταφιασμού: Τόπος..... Η/μ/νία Ταφής..... Ώρα.....
19. Ο πιστοποιών Ιατρός είναι ο θεράπων ή άλλος Ιατρός.....

20. Αίτια θανάτου (συμμετική)

19

Νόσος ή νοσήρι κατάσταση που προκάλεσε κατεύθυνση το θάνατο (1)
Προηγούμενες αιτίες
Οι τυχόν νοσήρι καταστάσεις, που συνέβησαν στην εμφάνιση της ανωτέρω αιτίας. Να αναφέρετε τελευταία την υποκείμενη (αρχική αιτία)

II
Άλλες σημαντικές παθολογικές καταστάσεις που συνέβησαν στην επέλευση του θανάτου αλλά δεν σχετίζονται με το νόσημα ή τη νοσήρι κατάσταση, που προκάλεσε το θάνατο.

21. Επί βαθείου θανάτου:
Είδος αυτού: Ατύχημα ☐ Αυτοκτονία ☐ Ανθρωποκτονία ☐

Εξωτερική αιτία αυτού: δηλ. τρόπος με τον οποίο προκλήθηκε ο θάνατος. (Η συμμετική β περιλαμβάνει στο I και II)

21M. (1) Δεν πρόκειται για τον τρόπο του θανάτου, η/κ, κατέβηκε ανεξάρτητα, ανεκτίμητη, αλλά με την νόση, την έκδοση ή την επίκληση που προκάλεσε το θάνατο

20. (Παραπομπή)

Ο παρόντος στον Ιατρός τις λοιπές πληροφορίες για τον θανόντα πλην της αιτίας του θανάτου (υπογραφή)

Ο Πιστοποιών Ιατρός (υπογραφή & σφραγίδα)

Όνομα/μ. Δ/νση κατοικίας: Οδός αρ. (Δήμος ή Δημ. Ενότητα - Νομός)

Όνομα/μ. Αρχή, τηλεφώνου. Δ/νση κατοικίας: Οδός αρ. Τ.Κ. (Δήμος ή Δημ. Ενότητα - Νομός)

Επικυρώνεται το γνήσιο της υπογραφής του πιστοποιούντος γιατρού

(υπογραφή & σφραγίδα)

Επώνυμο Όνομα



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⁾ :							
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/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

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:

α. ότι δεν έχει εκδοθεί εις βάρος μου τελεσίδικη καταδικαστική απόφαση για κάποιο από τα παρακάτω αδικήματα (όπως ορίζονται στο άρθρο 73 του Ν. 4412/2016):

Συμμετοχή σε εγκληματική οργάνωση, Δωροδοκία, Απάτη, Τρομοκρατικά εγκλήματα ή εγκλήματα συνδεόμενα με τρομοκρατικές δραστηριότητες Νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες ή χρηματοδότηση της τρομοκρατίας, Παιδική εργασία και άλλες μορφές εμπορίας ανθρώπων.

β. ότι δεν έχω αθετήσει τις υποχρεώσεις μου όσον αφορά την καταβολή φόρων ή εισφορών κοινωνικής ασφάλισης (κύριας και επικουρικής).

γ. ότι δεν τελώ υπό πτώχευση ή δεν έχω υπαχθεί σε διαδικασία εξυγίανσης ή ειδικής εκκαθάρισης ή δεν τελώ υπό αναγκαστική διαχείριση από εκκαθαριστή ή από το δικαστήριο ή δεν έχω υπαχθεί σε διαδικασία πτωχευτικού συμβιβασμού ή δεν έχω αναστείλει τις επιχειρηματικές μου δραστηριότητες ή δεν βρίσκομαι σε οποιαδήποτε ανάλογη κατάσταση προκύπτουσα από παρόμοια διαδικασία, προβλεπόμενη σε εθνικές διατάξεις νόμου.

δ. ότι δεν έχω συνάψει συμφωνίες με άλλους οικονομικούς φορείς με στόχο τη στρέβλωση του ανταγωνισμού.

ε ότι δεν έχω διαπράξει σοβαρό επαγγελματικό παράπτωμα συναφές με το αντικείμενο του διαγωνισμού ή σε σχέση με την επαγγελματική μου ιδιότητα.

στ ότι δεν συντρέχει κατάσταση σύγκρουσης συμφερόντων του άρθρου 24 του Ν. 4412/2016

ζ. ότι δεν έχω επιδείξει σοβαρή ή επαναλαμβανόμενη πλημμέλεια κατά την εκτέλεση ουσιώδους απαίτησης στο πλαίσιο προηγούμενης δημόσιας σύμβασης.

η. ότι δεν μου έχει επιβληθεί στο πλαίσιο προηγούμενης σύμβασης πρόωρη καταγγελία σύμβασης, αποζημιώσεις ή άλλες παρόμοιες κυρώσεις;

θ. ότι δεν έχω ο ίδιος ή συνδεόμενη με μένα επιχείρηση, παράσχει συμβουλές στην αναθέτουσα αρχή ή κατ' άλλον τρόπο εμπλακεί στην κατάρτιση της διαδικασίας σύναψης σύμβασης

ι. ότι δεν έχω κριθεί ένοχος σοβαρών ψευδών δηλώσεων κατά την παροχή των πληροφοριών που απαιτούνται για την εξακρίβωση της απουσίας των λόγων αποκλεισμού και ότι δεν έχω αποκρύψει τις πληροφορίες αυτές,

κ. ότι δεν ήμουν σε θέση, χωρίς καθυστέρηση, να προσκομίσω τα απαιτούμενα από την αναθέτουσα αρχή δικαιολογητικά.

λ. ότι δεν έχω επιχειρήσει να επηρεάσει με αθέμιτο τρόπο τη διαδικασία λήψης αποφάσεων της αναθέτουσας αρχής, δεν έχω αποκτήσει εμπιστευτικές πληροφορίες που ενδέχεται να μου αποφέρουν αθέμιτο πλεονέκτημα στη διαδικασία σύναψης της σύμβασης ή δεν έχω παράσχει εξ αμελείας παραπλανητικές πληροφορίες που ενδέχεται να επηρεάσουν ουσιωδώς τις αποφάσεις που αφορούν τον αποκλεισμό, την επιλογή ή την ανάθεση.

μ. ότι δεν έχει επιβληθεί εις βάρος μου η ποινή του αποκλεισμού από διαγωνισμούς δημοσίων συμβάσεων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 74 του Ν. 4412/2016.

ν. ότι τα στοιχεία που έχω αναφέρει ανωτέρω είναι ακριβή και ορθά και ότι έχω πλήρη επίγνωση των συνεπειών σε περίπτωση σοβαρών ψευδών δηλώσεων.

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(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.