

## ΕΝΩΠΙΟΝ ΤΟΥ ΠΣΦ – ΝΠΔΔ

### ΘΕΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΧΩΡΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟ 21-03-2024 ΣΥΛΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΟΠΥΥ ΚΑΙ ΠΣΦ-ΝΠΔΔ

#### Προοίμιο

Στις 21-03-2024 υπεγράφη μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και του ΠΣΦ-ΝΠΔΔ, αμοιτέρων νομίμως εκπροσωπούμενων, κείμενο Συλλογικής Σύμβασης Φυσικοθεραπευτικών Υπηρεσιών. Η Σύμβαση υπεγράφη κατ' εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 108 του Νόμου 4461/2017 (ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017) και αφορά την παροχή πανελλαδικώς συνεδριών φυσικοθεραπείας από ιδιώτες ή νομικά πρόσωπα, σε εργαστήρια φυσικοθεραπείας ή κατ' οίκον, σε άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους – δικαιούχους του ΕΟΠΥΥ.

Η χρονική διάρκεια ισχύος της Σύμβασης ορίζεται ως αορίστου χρόνου.

#### Δήλωση

Ήδη δια της παρούσης

- ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η

.....του.....

ενεργών/ούσα ατομικά

#### Ή

- ως νόμιμος εκπρόσωπος της **εταιρείας** / **νομικού** προσώπου με την επωνυμία\* .....

[ \* Συμπληρώνεται **ΜΟΝΟ** στην περίπτωση **Νομικού Προσώπου (ΙΚΕ, Ο.Ε, κλπ)** ]

δηλώνω ότι προσχωρώ ανεπιφύλακτα στην ως άνω από 21-03-2024 Συλλογική Σύμβαση μεταξύ ΕΟΠΥΥ και ΠΣΦ, της οποίας έχω λάβει πλήρη γνώση και αποδέχομαι τους όρους της.

Δηλώνω, επίσης, ότι παρέχω αυτοπροσώπως υπηρεσίες φυσικοθεραπείας /ή διαθέτω το αναγκαίο προσωπικό/ φυσικοθεραπευτές μέλη του Π.Σ.Φ και την

απαιτούμενη σύγχρονη ιατροτεχνολογική και υλικοτεχνική υποδομή για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους δικαιούχους, τηρουμένων των προδιαγραφών του Π.Δ. 29/1987 (ΦΕΚ Α' 819/1987) περί «Εργαστηρίων Φυσικοθεραπείας», όπως ισχύει, / ή έχω κάνει έναρξη επιτηδεύματος ως φυσικό πρόσωπο στην αρμόδια Δ.Ο.Υ. για να παρέχω κατ' οίκον συνεδρίες φυσικοθεραπείας.

Δηλώνω ότι επιστημονικά υπεύθυνος του εργαστηρίου φυσικοθεραπείας είναι <sup>1</sup> :

- 1) ο/η .....του.....
- 2) ο/η.....του.....

**Συνημμένως υποβάλλω, κατά περίπτωση, τα ακόλουθα δικαιολογητικά :**

- Αδεια / βεβαίωση λειτουργίας εργαστηρίου φυσικοθεραπείας
- Βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος στην αρμόδια Δ.Ο.Υ. για εκτέλεση κατ' οίκον συνεδριών φυσικοθεραπείας
- Υπεύθυνη δήλωση της παραγράφου 9 του Άρθρου 1 (Γενικοί Όροι) της Σύμβασης
- Στοιχεία εργαζομένων φυσικοθεραπευτών μελών του Π.Σ.Φ, ωράριο απασχόλησης και οποιοδήποτε άλλο αποδεικτικό απασχόλησης.

Περαιτέρω δηλώνω, ότι για οποιαδήποτε μεταβολή των ως άνω στοιχείων θα ενημερώσω **άμεσα και το πολύ εντός τριών εργάσιμων ημερών**, εγγράφως τον ΠΣΦ-ΝΠΔΔ.

..... / /2024

τόπος ημερομηνία

Ο/Η Δηλών/ούσα

---

<sup>1</sup> Συμπληρώνεται υποχρεωτικά μόνο για εργαστήρια φυσικοθεραπείας και όχι στις κατ' οίκον υπηρεσίες