



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ
ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ Α.Ε.

NATIONAL EVALUATION CENTER
OF QUALITY & TECHNOLOGY
IN HEALTH S.A.

Σας ενημερώνουμε ότι η αίτησή σας για εγγραφή στο Μητρώο Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων έχει **καταχωρηθεί**.

Προκειμένου να προβούμε στον έλεγχο τήρησης των κατά νόμο προϋποθέσεων για την ένταξή σας στο μητρώο, παρακαλούμε να μας αποστείλετε **ταχυδρομικά ή να καταθέσετε ιδιοχείρως** στη διεύθυνση **Σμύρνης 15, Γλυφάδα ΤΚ 16562** με την ένδειξη **«ΜΗΤΡΩΟ ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ»** τα παρακάτω:

1. συμπληρωμένη την Υπεύθυνη Δήλωση που επισυνάπτεται (με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής)
2. αντίγραφα των δικαιολογητικών σύστασης του νομικού προσώπου που εκπροσωπείτε (ισχύον καταστατικό ή έναρξη εργασιών σε ΔΟΥ) καθώς και τυχόν τροποποιήσεις τους
3. εφόσον η εταιρεία είναι Α.Ε. ή Ε.Π.Ε, το ΦΕΚ νομιμοποίησης του υπογράφοντος την Υπεύθυνη Δήλωση
4. επικυρωμένο ισχύον πιστοποιητικό της ΔΥ8δ/Γ. Π.οικ./1348/ ΦΕΚ 32Β/16-01-2004 απόφασης «Αρχές και κατευθυντήριες γραμμές ορθής πρακτικής διανομής ιατροτεχνολογικών προϊόντων»

Διευκρινίζεται ότι εάν η συμμετέχουσα εταιρεία έχει την έδρα της εκτός Ελλάδας, αλλά λειτουργεί νόμιμα σε άλλο κράτος μέλος της Ε.Ε., στο οποίο δεν εκδίδονται τα άνω έγγραφα, αυτά μπορούν να αντικατασταθούν από ένορκη βεβαίωση του υποψηφίου χρήστη ή όποιο άλλο έγγραφο εξομοιούται με αυτή κατά το δίκαιο της χώρας προέλευσης του υποψηφίου.

Δικαιολογητικά που εκδίδονται σε κράτος εκτός Ελλάδας θα συνοδεύονται υποχρεωτικά από επίσημη μετάφρασή τους στην ελληνική γλώσσα.

Για την **ενεργοποίηση** του λογαριασμού σας θα σας αποσταλεί δεύτερο e-mail.



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⁾ :	ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ – (ΕΚΑΠΤΥ ΑΕ)						
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:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986 δηλώνω ότι:

Με την ιδιότητά μου ως (π.χ. Πρόεδρος, Διευθύνων Σύμβουλος, Διαχειριστής, κλπ) και νόμιμος εκπρόσωπος της εταιρείας με την επωνυμία

«.....», που εδρεύει

στ..... (οδός..... αριθμός.....),

Α.Φ.Μ....., Δ.Ο.Υ....., τηλ....., φαξ....., δηλώνω με την παρούσα ότι έχω λάβει γνώση των όρων χρήσης της ιστοσελίδας <https://registry.ekapty.gr> καθώς και του Μητρώου Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων, τους οποίους αποδέχομαι στο σύνολό τους ρητά και ανεπιφύλακτα και εξουσιοδοτώ με την παρούσα τ..... ΤΟΥ

..... (ιδιότητα), με email, όπως ορισθεί χρήσης του άνω μητρώου και διαχειρίζεται τους κωδικούς (username και password) που δηλώθηκαν από τον χρήστη κατά την ηλεκτρονική υποβολή της αίτησης, για λογαριασμό της άνω εταιρείας με τα κάτωθι δικαιώματα:

- να διαχειρίζεται στο Μητρώο του ΕΚΑΠΤΥ τα στοιχεία όλων των προϊόντων που αντιπροσωπεύει η εταιρεία
- να τροποποιεί την επωνυμία, τα στοιχεία επικοινωνίας και τα λοιπά δημογραφικά στοιχεία με τα οποία η εταιρεία είναι καταχωρημένη ως προμηθευτής στο Μητρώο του ΕΚΑΠΤΥ

Περαιτέρω δηλώνω ότι η άνω εταιρεία που εκπροσωπώ έχει λάβει γνώση της ΔΥ8δ/Γ. Π.οικ./1348/ ΦΕΚ 32Β/16-01-2004 απόφασης «Αρχές και κατευθυντήριες γραμμές ορθής πρακτικής διανομής ιατροτεχνολογικών προϊόντων» και πληροί το σύνολο των όρων και προϋποθέσεων που προβλέπουν οι διατάξεις της άνω απόφασης καθώς και της ισχύουσας εθνικής και κοινοτικής νομοθεσίας.

Ημερομηνία:/...../ 201.....

Ο/Η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)