OΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΑΖΙΚΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΩΝ ΕΠΙΣΤΟΛΩΝ

1. Συμπληρώνετε όλα τα προσωπικά σας στοιχεία που εχει η αίτηση προς ΕΟΠΥΥ.
2. Συμπληρώνετε την εξουσιοδότηση προς τον οικείο Ιατρικό σας Σύλλογο .
3. Από 1 – 3 Φεβρουαρίου στέλνετε την ΑΙΤΗΣΗ ΕΟΠΥΥ στα mail :

gmanager1@eopyy.gov.gr

dioikitis@eopyy.gov.gr

1. Κατόπιν κοινοποιήστε την ΑΙΤΗΣΗ ΕΟΠΥΥμαζι με την ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ στον Ιατρικό σας Σύλλογο και στην ΠΟΕΡΓΙ στο mail :

poergigr@gmail.com

Αίτηση προς ΕΟΠΥΥ

Προς: Διεύθυνση Οικονομικών ΕΟΠΥΥ

Κοινοποίηση: Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού ΕΟΠΥΥ

Από: [Ονοματεπώνυμο / Επωνυμία]

ΑΦΜ: [ΑΦΜ]

Θέμα: Αίτημα Γνωστοποίησης Συνολικής Οφειλής και Πληροφοριών για Αποπληρωμή - Εξέταση όρων Σύμβασης

Αξιότιμοι κύριοι,

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας (Ν. 2690/1999), και ειδικότερα το άρθρο 5, το οποίο κατοχυρώνει το δικαίωμα των διοικουμένων να έχουν πρόσβαση σε έγγραφα που τους αφορούν, παρακαλώ όπως με ενημερώσετε σχετικά με το συνολικό μου τεχνητό χρέος προς τον ΕΟΠΥΥ μέχρι και σήμερα.

Περαιτέρω, βάσει του ίδιου άρθρου, που επιβάλλει τη διαφάνεια και τη δυνατότητα πρόσβασης στις οικονομικές πληροφορίες, επιθυμώ να λάβω συγκεκριμένες οδηγίες για την αποπληρωμή της οφειλής μου σε περίπτωση μεταβολής της ισχύουσας συμφωνίας. Παρακαλώ να διευκρινιστεί εάν οι δόσεις που έχω ήδη αποδεχθεί ηλεκτρονικά θα εξακολουθήσουν να ισχύουν και μετά από αυτή την εξέλιξη.

Σύμφωνα με το άρθρο 17 του ΚΔΔιαδ, το οποίο προβλέπει ότι οι διοικητικές απαντήσεις πρέπει να είναι επαρκώς αιτιολογημένες, παρακαλώ όπως η ενημέρωση περιλαμβάνει ανάλυση και αιτιολόγηση της δομής των οφειλών, ώστε να εξασφαλιστεί η πλήρης κατανόηση του τεχνητού χρέους μου.

Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο 12, παρακαλώ όπως λάβω αριθμό πρωτοκόλλου για την παρούσα αίτηση, για λόγους διαφάνειας και παρακολούθησης της διαδικασίας.

Εξαιτίας της παρούσας οικονομικής πίεσης, αναγκαζόμαστε να επανεξετάσουμε τους όρους της συνεργασίας μας και να διαμορφώσουμε νέες στρατηγικές διαχείρισης. Η έγκαιρη και σαφής ενημέρωσή σας θα μας βοηθήσει να λάβουμε τις κατάλληλες αποφάσεις για το μέλλον της συνεργασίας μας.

Με εκτίμηση,

[Ονοματεπώνυμο / Επωνυμία]

[Ημερομηνία]

Με την επιφύλαξη παντός νομίμου δικαιώματός μου.

Προς:

[Ονομασία Ιατρικού Συλλόγου]

[Διεύθυνση Ιατρικού Συλλόγου]

Θέμα: Μαζική ταχυδρομική αποστολή επιστολών αίτησης γνωστοποίησης οφειλών προς τον ΕΟΠΥΥ .

Αξιότιμοι κύριοι/κυρίες,

Με την παρούσα επιστολή, θα θέλαμε να ζητήσουμε τη συνδρομή σας για την αποστολή όλων των επιστολών που αφορούν αιτήσεις γνωστοποίησης των οφειλών των εργαστηριακών ιατρών προς τον ΕΟΠΥΥ. Είναι κρίσιμο οι επιστολές αυτές να αποσταλούν ταχυδρομικά στον ΕΟΠΥΥ, ώστε να λάβουν αριθμό πρωτοκόλλου.

Η διαδικασία αυτή κρίνεται απαραίτητη για την επίσημη καταγραφή και τεκμηρίωση των αιτημάτων, καθώς και για την εξασφάλιση της τυπικής διαδικασίας διαχείρισής τους.

Παρακαλούμε να μεριμνήσετε για τη συλλογή και την έγκαιρη αποστολή των επιστολών, προκειμένου να διασφαλιστεί η ομαλή διεκπεραίωση των αιτημάτων των συναδέλφων.

Ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία σας και παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Με εκτίμηση

Εξουσιοδότηση

ΠΡΟΣ:

Τον Ιατρικό Σύλλογο

 ΘΕΜΑ:

Αποστολή επιστολής εκκαθάρισης οφειλών και εκπροσώπηση σε νομικές διεκδικήσεις

 Με την παρούσα, εξουσιοδοτώ τον Ιατρικό Σύλλογο να:

1. Αποστείλει την επιστολή εκκαθάρισης των οφειλών μου προς τον ΕΟΠΥΥ
2. Να με εκπροσωπήσει σε κάθε νομική μου διεκδίκηση, που σχετίζεται με τις ανωτέρω οφειλές ή οποιαδήποτε άλλη νομική υπόθεση συνδεδεμένη με την επαγγελματική μου δραστηριότητα.

 Η παρούσα εξουσιοδότηση έχει ισχύ από την ημερομηνία υπογραφής της και μέχρι την ολοκλήρωση των ανωτέρω ενεργειών.

Ο/Η Εξουσιοδοτών/ούσα:

Ονοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΑΜΚΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΑΦΜ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Υπογραφή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_