



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Αθήνα, 5 Ιουλίου 2021  
Αρ. Πρωτ. 563

Ταχ. Διεύθυνση: Αριστοτέλους 17  
Ταχ. Κώδικας: 101 87  
Τ. 213-2161120  
E. depminister@moh.gov.gr

**Προς**  
**Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο**  
**Κύριον Αθανάσιο Εξαδάκτυλο**  
**Πρόεδρο**

**Θέμα:** Πρόσκληση ένταξης ιατρών στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών κατ' οίκον

Κύριε Πρόεδρε,

Στο πλαίσιο εφαρμογής του άρθρου 63 ν. 4812/21 (ΦΕΚ Α 110) καλούνται οι ιδιώτες ιατροί κάθε ειδικότητας και οι φορείς υλοποίησης του άρθρου 268 του ν. 4798/21 να ενταχθούν στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών κατά του κορωνοϊού COVID 19 για τον εμβολιασμό του πληθυσμού κατ' οίκον ή στο ιατρείο/εγκατάστασή τους.

Τα ενημερωτικά και εκπαιδευτικά εγχειρίδια και οδηγίες σχετικά με την ορθή φύλαξη και μεταφορά των εμβολίων είναι διαθέσιμα στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας [www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr) και στον ιστότοπο [www.emvolio.gov.gr](http://www.emvolio.gov.gr).

Οι ιδιώτες ιατροί κάθε ειδικότητας και οι φορείς υλοποίησης του άρθρου 268 του ν. 4798/21 που ανήκουν γεωγραφικά στην αρμοδιότητα εκάστης ΥΠΕ και που επιθυμούν να συμμετάσχουν στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, δύνανται να προσέρχονται αυτοπροσώπως στην έδρα των γραφείων της ΥΠΕ για να υπογράψουν το σχετικό συμβατικό κείμενο, ώστε να καταστεί δυνατή η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Στην περίπτωση αδυναμίας αυτοπρόσωπης προσέλευσης δύνανται να επικοινωνούν με την ΥΠΕ και να αποστέλλουν στην διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου το κάτωθι κείμενο:

Ιατροί: «Ονομάζομαι ....., του ....., ιατρός (ειδικότητα)....., μέλος του Ιατρικού Συλλόγου ..... και επιθυμώ να ενταχθώ στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.

Δεδομένου ότι αδυνατώ να προσέλθω αυτοπροσώπως στην έδρα των γραφείων της ..... ΥΠΕ για την υπογραφή της συμβάσεως ένταξής μου, παρακαλώ να μου αποσταλεί το κείμενο της συμβάσεως.

Στοιχεία επικοινωνίας : τηλ. ...., διεύθυνση .....

Φορείς άρθρου 268 ν. 4798/21: «Ο ..... του ....., ως νόμιμος εκπρόσωπος του ιδιωτικού πολυϊατρείου/ιδιωτικού διαγνωστικού εργαστηρίου/ιδιωτικής κλινικής που εδρεύει ..... και επί της οδού ....., στο οποίο έχει χορηγηθεί η υπ' αρ. .... νόμιμη βεβαίωση λειτουργίας/ υπ' αρ. άδεια ίδρυσης και λειτουργίας και η υπ' αρ. .... βεβαίωση καλής λειτουργίας, δηλώνω ότι επιθυμούμε την ένταξή μας στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Λόγω αδυναμίας αυτοπρόσωπης παρουσίας στην έδρα των γραφείων της ..... ΥΠΕ για την υπογραφή της συμβάσεως ένταξής μας, παρακαλώ να μας αποσταλεί το κείμενο της συμβάσεως.

Στοιχεία επικοινωνίας : τηλ. ...., διεύθυνση .....

Το συμβατικό κείμενο που θα αποστέλλεται ηλεκτρονικά, θα υπογράφεται, θα σαρώνεται και θα αποστέλλεται και στην ηλεκτρονική διεύθυνση της οικείας ΥΠΕ. Οι ιατροί και οι φορείς υλοποίησης του άρθρου 268 ν. 4798/21 θα λάβουν υπογεγραμμένο αντίγραφο του κειμένου.

Εκάστη ΥΠΕ θα ενημερώνει άμεσα για την υπογραφή και την ένταξη στο πρόγραμμα των συμβεβλημένων ιατρών και φορέων του άρθρου 268 ν. 4798/21.

Οι συμβεβλημένοι ιατροί και φορείς του άρθρου 268 ν. 4798/21 ειδοποιούνται με κάθε πρόσφορο μέσο για την ένταξή τους στο πρόγραμμα.

Μετά από 24 ώρες από την ειδοποίησή τους δύνανται οι συμβεβλημένοι ιατροί μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας του εμβολίου να επιλέξουν το εμβολιαστικό κέντρο που τους εξυπηρετεί προκειμένου για την παραλαβή των εμβολίων. (Αναλυτικές οδηγίες στο εγχειρίδιο: "Εμβολιασμός από Ιδιώτη Ιατρό").

Τα ονόματα ή και οι επωνυμίες των συμβεβλημένων ιατρών και φορέων του άρθρου 268 ν. 4798/21, καθώς όλα τα στοιχεία επικοινωνίας τους αναρτώνται δυναμικά στον ιστότοπο [emvolio.gov.gr](http://emvolio.gov.gr) προκειμένου οι πολίτες να επικοινωνούν μαζί τους για να ορίσουν την ημερομηνία εμβολιασμού τους.

Παρακαλώ πολύ όπως ενημερώσετε όλα τα μέλη του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Με εκτίμηση,

**Βασίλης ΚΟΝΤΟΖΑΜΑΝΗΣ**  
Αναπληρωτής Υπουργός

