**ΠΡΟΣ: ΗΔΙΚΑ ΑΕ**

**Αθήνα …../…../2024**

**ΑΙΤΗΣΗ & ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΡΑΣΗ**

**για τη Δημόσια Υγεία «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις**

**για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας»**

**Η ΜΟΝΑΔΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΑΡΟΧΟΣ) με τα κάτωθι στοιχεία:**

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ |  |
| ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟ ΤΙΤΛΟ |  |
| ΔΗΜΟΣΙΑ  Μονάδα Φροντίδας Υγείας | Κέντρο Υγείας ☐ |
| Περιφερειακό Ιατρείο ☐ |
| Νοσοκομείο - Εξωτερικά Ιατρεία ☐ |
| ΙΔΙΩΤΙΚΗ  Μονάδα Φροντίδας Υγείας | Ιδιωτικό Ιατρείο ☐ |
| Πολυϊατρείο - Διαγνωστικό Εργαστήριο ☐ |
| Ιδιωτική Κλινική - Εξωτερικά τμήματα ☐ |
| Άλλη δομή  *που αναγνωρίζει το κράτος και παρέχει νόμιμα ιατρικές υπηρεσίες* |  |
| ΟΔΟΣ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ |  |
| ΤΚ |  |
| ΠΟΛΗ |  |
| ΝΟΜΟ |  |
| ΑΦΜ |  |
| Δ.Ο.Υ |  |
| ΙΒΑΝ (εταιρικό λογαριασμό) |  |
| Νόμιμος/οι Εκπρόσωπος/οι | 1. Ονοματ/μο& ΑΔΤ 2. ……. 3. ……. |
| Άδεια Λειτουργίας  (για ιδιωτικές μονάδες φροντίδας υγείας: *Δηλώστε αριθμό πρωτοκόλλου*) |  |
| Φορέας έκδοσης άδειας  (για ιδιωτικές μονάδες φροντίδας υγείας : *Δηλώστε αριθμό πρωτοκόλλου και Ιατρικός Σύλλογος ή αρμόδια Περιφέρεια*) |  |
| Επιστημονικά υπεύθυνο/οι ιατρό/οί  (*Δηλώστε Ονοματ/μο& ΑΜ ΤΣΑΥ (eΕΦΚΑ) & Ιατρικός Σύλλογος*) | 1. ….. 2. ……. |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας |  |
| email |  |

Έχοντας υπόψη την υπό στοιχεία 16076/15-3-2024 Κοινή Υπουργική Απόφαση(Β1724) για τη Δημόσια Υγεία «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας» (Δράση) και την οικεία πρόσκληση της Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. υποβάλλει αίτηση σύναψης σύμβασης για:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΔΡΑΣΗ«Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας» | | |
| **Επιλέξτε συμμετοχή σε μια ή περισσότερες φάσεις υλοποίησης :** | | |
| **1. ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ - ΕΠΙΣΚΕΨΗ** της ωφελούμενης σε ιατρό ειδικότητας Γυναικολόγου ή Κυτταρολόγου | PAP-TEST \_\_\_\_ ☐ | Αποδέχομαι και πληρώ τους όρους και τις προϋποθέσεις του Παραρτήματος Α της υπό στοιχεία 16076/15-3-2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ Β 1724/2024)\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ |
| HPV-DNA TEST&PAP-TEST\_\_\_☐ | **Επιλέξτε:**  **Εγκεκριμένο εργαστήριο ανάλυσης για την εργαστηριακή ανάλυση HPV-DNA TEST που πληροί τις προδιαγραφές του Παραρτήματος Β και έλαβε έγκριση συμμετοχής από την ΕΕΔΥ**  **Στοιχεία** :  Επωνυμία Εργαστηρίου/ Δ/νση/ ΑΦΜ/ Άδεια-Βεβαίωση Λειτουργίας / Νόμιμος Εκπρόσωπος/ Επιστημονικός υπεύθυνος Κυτταρολόγος / Αρ.Πρωτ. Έγκρισης ΕΕΔΥ  -------------------------------------------------  Συμφωνητικό συνεργασίας  Μονάδας Φροντίδας Υγείας και εργαστηρίου ανάλυσης \_\_\_\_\_\_☐  -------------------------------------------  Αποδέχομαι και πληρώ τους όρους και τις προϋποθέσεις του Παραρτήματος Α και, μέσω του εγκεκριμένου εργαστηρίου, του Παραρτήματος Β της υπό στοιχεία 16076/15-3-2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ Β 1724/2024) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ |
| 1. **ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ**   από ιατρό ειδικότητας γυναικολόγου για τη λήψη ιστολογικού υλικού με τη μέθοδο της βιοψίας | ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ\_\_\_☐ | Αποδέχομαι και πληρώ τους όρους και τις προϋποθέσεις της υπό στοιχεία 16076/15-3-2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ Β 1724/2024) \_\_ ☐ |
| 1. **ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΒΙΟΠΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ** | Ιστολογική Ανάλυση του Βιοπτικού Υλικού \_\_\_☐ | Διαθέτω παθολογοανατομικό εργαστήριο με νόμιμη άδεια-βεβαίωση λειτουργίας αδειοδοτημένο σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις\_\_\_\_ ☐ |

με συνημμένα τα κάτωθι δικαιολογητικά :

**Α. Σε περίπτωση φυσικού προσώπου (ατομικής επιχείρησης):**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Άδεια λειτουργίας (Ιδιωτικού Ιατρείου/Πολυϊατρείου/Διαγνωστικού Εργαστηρίου) | ☐ |
| 2. Συμφωνητικό συνεργασίας με Εγκεκριμένο Εργαστήριο (Σε περίπτωση συμμετοχής της Μονάδας Φροντίδας Υγείας στη Δράση για τη δειγματοληψία και εκτέλεση των παραπεμπτικών των εξετάσεων HPV-DNA TEST). | ☐ |
| 3.Έκδοση Υπεύθυνης Δήλωσης του νόμιμου εκπροσώπου (μέσω gov.gr) σύμφωνα με το παρακάτω υπόδειγμα | ☐ |
| Δηλώνω ότι:  Αποδέχομαι τους όρους συμμετοχής στη Δράση «ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ», σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην υπό στοιχεία 16076/15-3-2024 Κοινή Υπουργική Απόφαση (Β 1724) και δηλώνω υπεύθυνα τα ακόλουθα:  1. Έχω λάβει γνώση και συμφωνώ να συμμετάσχω ως Μονάδα Φροντίδας Υγείας στη Δράση για τη Δημόσια Υγεία «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας», σύμφωνα με τους όρους της ως άνω υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης και της οικείας πρόσκλησης της ΗΔΙΚΑ ΑΕ, τους οποίους αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.  2. Αποτελώ Μονάδα Φροντίδας Υγείας (πάροχος) που πληροί τις προϋποθέσεις της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης και της οικείας πρόσκλησης της ΗΔΙΚΑ ΑΕ και διαθέτει όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις λειτουργίας σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.  3. Δίνω τη συγκατάθεση στην ΗΔΙΚΑ ΑΕ να αντλεί και να ταυτοποιεί στοιχεία της Μονάδα Φροντίδας Υγείας από τρίτους φορείς (λ.χ. ιατρικούς συλλόγους, ΕΟΠΥΥ, ΑΑΔΕ).  4. Ο επιστημονικός υπεύθυνος και οι ιατροί που συμμετέχουν στη λειτουργία της Μονάδας Φροντίδας Υγείας (πάροχος) είναι νομίμως εγγεγραμμένοι στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο.  5. Πληρώ όλες οι κατά το νόμο προϋποθέσεις λειτουργίας της Μονάδας Φροντίδας Υγείας, για τη διενέργεια των εξετάσεων που ορίζονται στην υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινή Υπουργική Απόφασης.  6. Εκτελώ με την προσήκουσα επιμέλεια και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας τις εξετάσεις που ορίζονται στην υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινή Υπουργική Απόφαση.  7. Σε περίπτωση συμμετοχής της Μονάδας Φροντίδας Υγείας στη Δράση για τη δειγματοληψία και εκτέλεση του παραπεμπτικού της εξέτασης PAP-TEST για τις ωφελούμενες ηλικίας 21-29 ετών, αποδέχομαι ότι τηρούνται οι προδιαγραφές του Παραρτήματος Α της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης.  8. Σε περίπτωση συμμετοχής της Μονάδας Φροντίδας Υγείας στη Δράση για τη δειγματοληψία και εκτέλεση των παραπεμπτικών των εξετάσεων HPV-DNA TEST και, εφόσον απαιτείται, PAP-TEST για τις ωφελούμενες ηλικίας 30-65 ετών, αποδέχομαι ότι τηρούνται οι προδιαγραφές του Παραρτήματος Α και Β της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης.  9.Σε περίπτωση συμμετοχής της Μονάδας Φροντίδας Υγείας στη Δράση για τη δειγματοληψία και εκτέλεση των παραπεμπτικών των εξετάσεων HPV-DNA TEST και, εφόσον απαιτείται, PAP-TEST για τις ωφελούμενες ηλικίας 30-65 ετών, έχω συνάψει συμφωνητικό συνεργασίας με Εγκεκριμένο Εργαστήριο από την Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων Δημόσιας Υγείας (Ε.Ε.Δ.Υ) για την εργαστηριακή ανάλυση HPV-DNA TEST», σύμφωνα με τα ειδικώς οριζόμενα στα άρθρα 6 και 7 της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης.  10. Αποδέχομαι την αποζημίωση των επισκέψεων η/και των εξετάσεων μετά την υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών στην ΗΔΙΚΑ ΑΕ.  11. Σύμφωνα με το άρθρο 19 της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης απαγορεύεται η είσπραξη επιπλέον αμοιβής από τον δικαιούχο-ωφελούμενη της Δράσης. Συνέπεια της παράβασης αυτής είναι η εκ μέρους της ΗΔΙΚΑ ΑΕ καταγγελία της σύμβασης µε την Μονάδα Φροντίδα Υγείας  12. Αποδέχομαι ότι η ΗΔΙΚΑ μπορεί να εφαρμόσει οποιαδήποτε ελεγκτική διαδικασία και συμφωνεί να συνεργάζεται προσηκόντως στον έλεγχο των αρμόδιων οργάνων στο πλαίσιο της δράσης και θέτει υπόψη τους κάθε στοιχείο σχετικό με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας οποτεδήποτε του ζητηθεί.  13. Παρέχω όλα τα στοιχεία που αφορούν τη Δράση με την τήρηση όλων των σχετικών εγγυήσεων του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της Οδηγίας 95/46/ΕΚ για την Προστασία Δεδομένων [ΓΚΠΔ] (L 119) και του ν. 4624/2019 (Α’ 137).  14. Συμμετέχω με εχεμύθεια και τηρώ απολύτως εμπιστευτικό κάθε στοιχείο που περιέρχεται σε γνώση της Μονάδας Φροντίδας Υγείας, του προσωπικού της και κάθε είδους συνεργατών της κλπ, κατά τη συμμετοχή στη Δράση. Κοινοποιώ δε προς την ΗΔΙΚΑ Α.Ε. μόνον τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για την συμμετοχή στη Δράση, ενώ υποχρεούμαι να προσαρμόζομαι και να εφαρμόζω τις απαιτήσεις της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης και της κείμενης νομοθεσίας για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (GDPR) .  15. Συναινώ ότι η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση συμμετοχής μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών.  16. Αμφότερα τα μέρη μπορούν να καταγγείλουν την παρούσα οποτεδήποτε, για σπουδαίο λόγο.  17. Αμφότερα τα συμβαλλόμενα μέρη διατηρούν το δικαίωμα μονομερούς καταγγελίας της σύμβασης αζημίως εν όλω, χωρίς υπαιτιότητα του άλλου μέρους, κατόπιν έγγραφης ενημέρωσης ένα (1) μήνα νωρίτερα από την ημερομηνία που θα επέλθει η ισχύς της καταγγελίας.  18. Οποιαδήποτε μεταβολή/τροποποίηση, συμπλήρωση της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης συνιστά σιωπηρή αυτοδίκαιη αποδοχή της Μονάδας Φροντίδας Υγείας. Σε διαφορετική περίπτωση οφείλω άμεσα να προβεί σε καταγγελία της σύμβασης με την ΗΔΙΚΑ ΑΕ, όπως ορίζεται στην ανωτέρω παράγραφο (α/α 18).  19. Όλοι οι όροι της παρούσης συμφωνούνται ως ουσιώδεις.  20. Για την επίλυση κάθε διένεξης ή διαφοράς σχετικής με την παρούσα σύμβαση αρμόδια ορίζονται τα Δικαστήρια Αθηνών.  Ο ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ  …/…./2024 |  |

**Β. Σε περίπτωση εταιρικής νομικής μορφής:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Νομιμοποιητικά Έγγραφα της εταιρείας: |  |
| α. Πρόσφατο Καταστατικό | ☐ |
| β. ΦΕΚ σύστασης | ☐ |
| γ. Γενικό Πιστοποιητικό Μεταβολών και Αναλυτικό Πιστοποιητικό Εκπροσώπησης από το ΓΕ.ΜΗ. | ☐ |
| δ. Βεβαίωση εσωτερικών εγκαταστάσεων από την αρμόδια Δ.Ο.Υ. (μέσω taxisnet ή myAADE) | ☐ |
| 2. Συμφωνητικό συνεργασίας με Εγκεκριμένο Εργαστήριο (Σε περίπτωση συμμετοχής της Μονάδας Φροντίδας Υγείας στη Δράση για τη δειγματοληψία και εκτέλεση των παραπεμπτικών των εξετάσεων HPV-DNA TEST). |  |
| 3. Άδεια λειτουργίας (Ιδιωτικού ιατρείου/Πολυϊατρείου/Διαγνωστικου Εργαστηρίου) | ☐ |
| 4.α. Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας και τυχόν μεταβολές αυτών (Αφορά Ιδιωτικές Κλινικές)  β. Βεβαίωση καλής λειτουργίας (Αφορά Ιδιωτικές Κλινικές) | ☐ |
| 5.Πιστοποιητικό Ιατρικού Συλλόγου των Επιστημονικά Υπεύθυνων του τρέχοντος έτους | ☐ |
| 6.Πιστοποιητικά ποιότητας (εφόσον υπάρχουν) | ☐ |
| 7. Έκδοση Υπεύθυνης Δήλωσης του νόμιμου εκπροσώπου (μέσω gov.gr) σύμφωνα με το παρακάτω υπόδειγμα | ☐ |
| Δηλώνω ότι:  Αποδεχόμαστε τους όρους συμμετοχής στη Δράση «ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ», σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην υπό στοιχεία 16076/15-3-2024 Κοινή Υπουργική Απόφαση (Β 1724) και δηλώνω υπεύθυνα τα ακόλουθα:  1. Έχουμε λάβει γνώση και συμφωνούμε να συμμετάσχουμε ως Μονάδα Φροντίδας Υγείας στη Δράση για τη Δημόσια Υγεία «Προληπτικές Διαγνωστικές Εξετάσεις για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας», σύμφωνα με τους όρους της ως άνω υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης και της οικείας πρόσκλησης της ΗΔΙΚΑ ΑΕ, τους οποίους αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.  2. Αποτελούμε Μονάδα Φροντίδας Υγείας (πάροχος) που πληροί τις προϋποθέσεις της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης και της οικείας πρόσκλησης της ΗΔΙΚΑ ΑΕ και διαθέτει όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις λειτουργίας σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.  3. Δίνουμε τη συγκατάθεση στην ΗΔΙΚΑ ΑΕ να αντλεί και να ταυτοποιεί στοιχεία της Μονάδα Φροντίδας Υγείας από τρίτους φορείς (λ.χ. ιατρικούς συλλόγους, ΕΟΠΥΥ, ΑΑΔΕ).  4. Ο επιστημονικός υπεύθυνος και οι ιατροί που συμμετέχουν στη λειτουργία της Μονάδας Φροντίδας Υγείας (πάροχος) είναι νομίμως εγγεγραμμένοι στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο.  5. Πληρούμε όλες οι κατά το νόμο προϋποθέσεις λειτουργίας της Μονάδας Φροντίδας Υγείας, για τη διενέργεια των εξετάσεων που ορίζονται στην υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινή Υπουργική Απόφασης.  6. Εκτελούμε με την προσήκουσα επιμέλεια και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας τις εξετάσεις που ορίζονται στην υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινή Υπουργική Απόφαση.  7. Σε περίπτωση συμμετοχής της Μονάδας Φροντίδας Υγείας στη Δράση για τη δειγματοληψία και εκτέλεση του παραπεμπτικού της εξέτασης PAP-TEST για τις ωφελούμενες ηλικίας 21-29 ετών, αποδεχόμαστε ότι τηρούνται οι προδιαγραφές του Παραρτήματος Α της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης.  8. Σε περίπτωση συμμετοχής της Μονάδας Φροντίδας Υγείας στη Δράση για τη δειγματοληψία και εκτέλεση των παραπεμπτικών των εξετάσεων HPV-DNA TEST και, εφόσον απαιτείται, PAP-TEST για τις ωφελούμενες ηλικίας 30-65 ετών, αποδεχόμαστε ότι τηρούνται οι προδιαγραφές του Παραρτήματος Α και Β της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης.  9.Σε περίπτωση συμμετοχής της Μονάδας Φροντίδας Υγείας στη Δράση για τη δειγματοληψία και εκτέλεση των παραπεμπτικών των εξετάσεων HPV-DNA TEST και, εφόσον απαιτείται, PAP-TEST για τις ωφελούμενες ηλικίας 30-65 ετών, έχουμε συνάψει συμφωνητικό συνεργασίας με Εγκεκριμένο Εργαστήριο από την Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων Δημόσιας Υγείας (Ε.Ε.Δ.Υ) για την εργαστηριακή ανάλυση HPV-DNA TEST», σύμφωνα με τα ειδικώς οριζόμενα στα άρθρα 6 και 7 της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης.  10. Αποδεχόμαστε την αποζημίωση των επισκέψεων η/και των εξετάσεων μετά την υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών στην ΗΔΙΚΑ ΑΕ.  11. Σύμφωνα με το άρθρο 19 της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασηςαπαγορεύεται η είσπραξη επιπλέον αμοιβής από τον δικαιούχο-ωφελούμενη της Δράσης. Συνέπεια της παράβασης αυτής είναι η εκ μέρους της ΗΔΙΚΑ ΑΕ καταγγελία της σύμβασης µε την Μονάδα Φροντίδα Υγείας  12. Αποδεχόμαστε ότι η ΗΔΙΚΑ μπορεί να εφαρμόσει οποιαδήποτε ελεγκτική διαδικασία και συμφωνεί να συνεργάζεται προσηκόντως στον έλεγχο των αρμόδιων οργάνων στο πλαίσιο της δράσης και θέτει υπόψη τους κάθε στοιχείο σχετικό με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας οποτεδήποτε του ζητηθεί.  13. Παρέχουμε όλα τα στοιχεία που αφορούν τη Δράση με την τήρηση όλων των σχετικών εγγυήσεων του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της Οδηγίας 95/46/ΕΚ για την Προστασία Δεδομένων [ΓΚΠΔ] (L 119) και του ν. 4624/2019 (Α’ 137).  14. Συμμετέχουμε με εχεμύθεια και τηρούμε απολύτως εμπιστευτικό κάθε στοιχείο που περιέρχεται σε γνώση της Μονάδας Φροντίδας Υγείας, του προσωπικού της και κάθε είδους συνεργατών της κλπ, κατά τη συμμετοχή στη Δράση. Κοινοποιώ δε προς την ΗΔΙΚΑ Α.Ε. μόνον τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για την συμμετοχή στη Δράση, ενώ υποχρεούμαστε να προσαρμοζόμαστε και να εφαρμόζουμε τις απαιτήσεις της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης και της κείμενης νομοθεσίας για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (GDPR) .  15. Συναινούμε ότι η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση συμμετοχής μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών.  16. Αμφότερα τα μέρη μπορούν να καταγγείλουν την παρούσα οποτεδήποτε, για σπουδαίο λόγο.  17. Αμφότερα τα συμβαλλόμενα μέρη διατηρούν το δικαίωμα μονομερούς καταγγελίας της σύμβασης αζημίως εν όλω, χωρίς υπαιτιότητα του άλλου μέρους, κατόπιν έγγραφης ενημέρωσης ένα (1) μήνα νωρίτερα από την ημερομηνία που θα επέλθει η ισχύς της καταγγελίας.  18. Οποιαδήποτε μεταβολή/τροποποίηση, συμπλήρωση της υπό στοιχεία 16076/2024 Κοινής Υπουργικής Απόφασης συνιστά σιωπηρή αυτοδίκαιη αποδοχή της Μονάδας Φροντίδας Υγείας. Σε διαφορετική περίπτωση οφείλουμε άμεσα να προβούμε σε καταγγελία της σύμβασης με την ΗΔΙΚΑ ΑΕ, όπως ορίζεται στην ανωτέρω παράγραφο (α/α 17).  19. Όλοι οι όροι της παρούσης συμφωνούνται ως ουσιώδεις.  20.Για την επίλυση κάθε διένεξης ή διαφοράς σχετικής με την παρούσα σύμβαση αρμόδια ορίζονται τα Δικαστήρια Αθηνών.  Ο ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ  …/…./2024 |  |