

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΓΙΑ ΣΥΣΤΕΓΑΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΣΥ (ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ/ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ/ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ/ΕΝΩΣΕΙΣ)**

**Αρ. Αίτησης:** ..... (Για επίσημη χρήση μόνο)

**Παρακαλώ όπως διαβάσετε προσεκτικά τις οδηγίες στο Μέρος (ΣΤ) πριν συμπληρώσετε και υποβάλετε την αίτηση.**

**A. ΑΙΤΗΤΗΣ (1) (Συμπληρώνεται από τον ΑΙΤΗΤΗ (1))**

Κατηγορία αιτητή :   
(Παρακαλώ σημειώστε τον κατάλληλο κωδικό με βάση το ΣΤ.2. στις οδηγίες)

Κατηγορία Προσωπικού Ιατρού:   
(Παρακαλώ σημειώστε κατάλληλο κωδικό με βάση το ΣΤ.3. στις οδηγίες)

**Εάν υποβάλλετε την αίτηση ως Φυσικό Πρόσωπο παρακαλώ συμπληρώστε το Α.1.**

**Εάν υποβάλλετε την αίτηση ως Νομικό Πρόσωπο/Συνεταιρισμός/Ενωση παρακαλώ συμπληρώστε το Α.2.**

**A.1:**

Όνοματεπώνυμο:

Κωδικός ΓεΣΥ (βλ. Οδηγίες ΣΤ.4):

**A.2:**

Όνομα:

Εμπορική Επωνυμία (αν υπάρχει):

Κωδικός ΓεΣΥ (βλ. Οδηγίες ΣΤ.4):

Στοιχεία συστεγαζόμενων Προσωπικών Ιατρών που θα παρέχουν υπηρεσίες εκ μέρους του Νομικού Προσώπου/Συνεταιρισμού/Ενωσης:

A/A	Όνοματεπώνυμο	Κωδικός ΓεΣΥ
1		
2		
3		
4		

**Αριθμός τραπεζικού λογαριασμού του αιτητή στον οποίο ο ΟΑΥ θα εμβάσει το ποσό της οικονομικής ενίσχυσης σε περίπτωση έγκρισης της αίτησης: IBAN**

SWIFT CODE

**B. ΑΙΤΗΤΗΣ (2) (Συμπληρώνεται από τον ΑΙΤΗΤΗ (2))**

Κατηγορία αιτητή:   
(Παρακαλώ σημειώστε τον κατάλληλο κωδικό με βάση το ΣΤ.2. στις οδηγίες)

Κατηγορία Προσωπικού Ιατρού:   
(Παρακαλώ σημειώστε κατάλληλο κωδικό με βάση το ΣΤ.3. στις οδηγίες)

**Εάν υποβάλλετε την αίτηση ως Φυσικό Πρόσωπο παρακαλώ συμπληρώστε το Β.1.**

**Εάν υποβάλλετε την αίτηση ως Νομικό Πρόσωπο/Συνεταιρισμός/Ενωση παρακαλώ συμπληρώστε το Β.2.**

## ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**B.1:**Όνοματεπώνυμο: Κωδικός ΓεΣΥ (βλ. Οδηγίες ΣΤ.4): **B.2:**Όνομα: Εμπορική Επωνυμία (αν υπάρχει): Κωδικός ΓεΣΥ (βλ. Οδηγίες ΣΤ.4): 

Στοιχεία συστεγαζόμενων Προσωπικών Ιατρών που θα παρέχουν υπηρεσίες εκ μέρους του Νομικού Προσώπου/Συνεταιρισμού/Ενωσης:

A/A	Όνοματεπώνυμο	Κωδικός ΓεΣΥ
1		
2		
3		
4		

Αριθμός τραπεζικού λογαριασμού του αιτητή στον οποίο ο ΟΑΥ θα εμβάσει το ποσό της οικονομικής ενίσχυσης σε περίπτωση έγκρισης της αίτησης: IBAN SWIFT CODE **Γ. ΑΙΤΗΤΗΣ (3)** (Συμπληρώνεται από τον ΑΙΤΗΤΗ (3))

Κατηγορία αιτητή:

(Παρακαλώ σημειώστε τον κατάλληλο κωδικό με βάση το ΣΤ.2. στις οδηγίες) 

Κατηγορία Προσωπικού Ιατρού:

(Παρακαλώ σημειώστε κατάλληλο κωδικό με βάση το ΣΤ.3. στις οδηγίες) **Εάν υποβάλλετε την αίτηση ως Φυσικό Πρόσωπο παρακαλώ συμπληρώστε το Γ.1.****Εάν υποβάλλετε την αίτηση ως Νομικό Πρόσωπο/Συνεταιρισμός/Ενωση παρακαλώ συμπληρώστε το Γ.2.****Γ.1:**Όνοματεπώνυμο: Κωδικός ΓεΣΥ (βλ. Οδηγίες ΣΤ.4): **Γ.2:**Όνομα: Εμπορική Επωνυμία (αν υπάρχει): Κωδικός ΓεΣΥ (βλ. Οδηγίες ΣΤ.4): 

Στοιχεία συστεγαζόμενων Προσωπικών Ιατρών που θα παρέχουν υπηρεσίες εκ μέρους του Νομικού Προσώπου/Συνεταιρισμού/Ενωσης:

A/A	Όνοματεπώνυμο	Κωδικός ΓεΣΥ
1		
2		
3		
4		

## ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αριθμός τραπεζικού λογαριασμού του αιτητή στον οποίο ο ΟΑΥ θα εμβάσει το ποσό της οικονομικής ενίσχυσης σε περίπτωση έγκρισης της αίτησης: IBAN   
SWIFT CODE

## Δ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Υπογράφοντας πιο κάτω, βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί ή/και συναφθεί στο παρόν έντυπο είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς. Περαιτέρω αναλαμβάνω τα ακόλουθα:

1. Να πληροφορήσω άμεσα τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας αν οποιαδήποτε από τα πιο πάνω στοιχεία αλλάξουν ή παύσουν να είναι ακριβή ή/και αληθή και να εφοδιάσω τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας με έγγραφα που υποστηρίζουν τις εν λόγω αλλαγές.
2. Να συνεργάζομαι με τον ΟΑΥ στη διενέργεια ελέγχων συμπεριλαμβανομένων και επιτόπιων ελέγχων, και να του παρέχω οποιοσδήποτε πληροφορίες/στοιχεία μου ζητηθούν, εντός των χρονικών πλαισίων που καθορίζονται από τον ΟΑΥ, προκειμένου να διαπιστώσει την τήρηση των όρων παροχής της οικονομικής ενίσχυσης που καθορίζονται στην παράγραφο 5 του «Σχεδίου παροχής κινήτρων για συστέγαση Προσωπικών Ιατρών του ιδιωτικού τομέα στα πλαίσια λειτουργίας του Γενικού Συστήματος Υγείας», τόσο κατά την εξέταση της αίτησης όσο και κατά τη διάρκεια της περιόδου των δύο (2) ετών που έπεται της έγκρισης της αίτησης.
3. Να επιστρέψω το ποσό της οικονομικής ενίσχυσης στο Ταμείο Ασφάλισης Υγείας εντός του χρόνου που θα καθορισθεί από τον ΟΑΥ, σε περίπτωση που η οικονομική ενίσχυση καταστεί επιστρεπτέα σύμφωνα με την παράγραφο 5 του «Σχεδίου παροχής κινήτρων για συστέγαση Προσωπικών Ιατρών του ιδιωτικού τομέα στα πλαίσια λειτουργίας του Γενικού Συστήματος Υγείας».

ΑΙΤΗΤΗΣ (1) (Βλέπε Οδηγίες ΣΤ.5.)  
ΣΤ.5.)

ΑΙΤΗΤΗΣ (2) (Βλέπε Οδηγίες ΣΤ.5.)

ΑΙΤΗΤΗΣ (3) (Βλέπε Οδηγίες

-----  
---

Όνοματεπώνυμο

-----

Όνοματεπώνυμο

-----

Όνοματεπώνυμο

-----  
Ιδιότητα

-----  
Ιδιότητα

-----  
Ιδιότητα

-----  
Αρ. Ταυτότητας

-----  
Αρ. Ταυτότητας

-----  
Αρ. Ταυτότητας

-----  
Υπογραφή

-----  
Υπογραφή

-----  
Υπογραφή

-----  
Ημερομηνία

-----  
Ημερομηνία

-----  
Ημερομηνία

## Ε. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

## ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Παρακαλώ ενημερωθείτε σχετικά στο Παράρτημα Ι του παρόντος Εντύπου.

## ΣΤ. ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Οι ΑΙΤΗΤΕΣ μπορεί να είναι Φυσικά Πρόσωπα/ Νομικά Πρόσωπα/ Συνεταιρισμοί/ Ενώσεις. Η αίτηση πρέπει να υποβληθεί από κοινού από τα Φυσικά Πρόσωπα/ Νομικά Πρόσωπα/ Συνεταιρισμοί/ Ενώσεις στα οποία υπάγονται οι συστεγαζόμενοι Προσωπικοί Ιατροί.

Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι Νομικό Πρόσωπο/ Συνεταιρισμός/ Ένωση που υποβάλλει αίτηση από μόνος του για τη συστέγαση των ΠΙ που θα παρέχουν υπηρεσίες εκ μέρους του, ο αιτητής συμπληρώνει μόνο το Α.2.

Στην περίπτωση περισσότερων από τρεις (3) αιτητές να προστεθούν περισσότερα φύλλα.

2. Οι κωδικοί για την κατηγορία του αιτητή είναι οι ακόλουθοι:
  - 01 - Φυσικό πρόσωπο
  - 02 - Νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου - Κυπριακή εταιρεία
  - 03 - Νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου - Ευρωπαϊκή εταιρεία
  - 04 - Νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου - Αλλοδαπή εταιρεία
  - 05 - Νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου
  - 06 - Συνεταιρισμός Εγγεγραμμένος στον Έφορο Εταιρειών
  - 07 - Συνεταιρισμός μη Εγγεγραμμένος στον Έφορο Εταιρειών
  - 08 - Ένωση Φυσικών Προσώπων
  - 09 - Ένωση Νομικών Προσώπων
  - 10 - Ένωση Φυσικών και Νομικών Προσώπων
3. Οι κωδικοί για την κατηγορία Προσωπικού Ιατρού για την οποία θα παρέχει υπηρεσίες ο αιτητής είναι οι ακόλουθοι:
  - 01 - Προσωπικός Ιατρός για παιδιά (Παιδίατρος)
  - 02 - Προσωπικός Ιατρός για ενήλικες
4. Ο Κωδικός ΓεΣΥ είναι ο μοναδικός αριθμός που δίδεται κατά την υποβολή της αίτησης εγγραφής στο ΓεΣΥ.
5. Η αίτηση θα πρέπει να υπογραφεί από τους αιτητές πριν υποβληθεί. Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι Φυσικό Πρόσωπο, η αίτηση υπογράφεται από το Φυσικό Πρόσωπο. Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι Νομικό Πρόσωπο/Συνεταιρισμός/Ένωση, η αίτηση υπογράφεται από εξουσιοδοτημένο υπογράφοτα ο οποίος δηλώνει την ιδιότητά του.
6. Διαβάστε το Παράρτημα Ι που αφορά στην προστασία των προσωπικών σας δεδομένων
7. Το υπογεγραμμένο έντυπο αίτησης θα πρέπει να παραδοθεί δια χειρός από τον αιτητή ή να παραδοθεί μέσω εταιρείας ταχυμεταφορών στο Αρχείο του ΟΑΥ από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή (πλην δημοσίων αργιών) μεταξύ των ωρών 8:30 – 14:30 στη διεύθυνση: Κλήμεντος 17 & 19, 4<sup>ος</sup> όροφος, 1061 Λευκωσία έναντι απόδειξης παραλαβής με σφραγίδα που θα περιλαμβάνει την ημερομηνία και ώρα παραλαβής.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΓΙΑ ΣΥΣΤΕΓΑΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ  
ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΣΥ**

**Να συμπληρωθεί από τους αιτητές:**

ΑΙΤΗΤΗΣ (1):

Όνοματεπώνυμο: .....

Αρ. Ταυτότητας: .....

ΑΙΤΗΤΗΣ (2):

Όνοματεπώνυμο: .....

Αρ. Ταυτότητας: .....

ΑΙΤΗΤΗΣ (3):

Όνοματεπώνυμο: .....

Αρ. Ταυτότητας: .....

**Να συμπληρωθεί από τον παραλήπτη:**

Ημερομηνία και ώρα υποβολής της αίτησης: .....

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη: .....

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα προσωπικά στοιχεία τα οποία υποβάλλετε με το παρόν έντυπο θα απολαμβάνουν την προστασία που προβλέπει ο Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων της ΕΕ 2016/679 και η εν ισχύ εθνική Νομοθεσία, όπως εκάστοτε τροποποιούνται.

Τα εν λόγω προσωπικά δεδομένα θα τύχουν επεξεργασίας μόνο για σκοπούς εκτέλεσης των συμβατικών/ διοικητικών υποχρεώσεων του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας έναντι του ατόμου σας αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτέλεσή τους.

Τα δεδομένα σας θα διαγραφούν από τα αρχεία του Οργανισμού εντός έξι μηνών από την ημερομηνία λήξης των πιο πάνω υποχρεώσεων, εκτός εάν ασκηθεί οποιαδήποτε νομική διοικητική διαδικασία/προσφυγή σε οποία περίπτωση, τα προσωπικά σας δεδομένα θα παραμείνουν στα αρχεία μας μέχρι την λήξη των οποιονδήποτε σχετικών διοικητικών ή/και νομικών διαδικασιών.

Κατά το διάστημα που ο ΟΑΥ φυλάσσει και/ή επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα, διατηρείτε τα πιο κάτω δικαιώματα:

- α) πρόσβασης
- β) διόρθωσης ή τροποποίησης

Η Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας είναι αναρτημένη στον ιστότοπο του Οργανισμού στη διεύθυνση:

[www.gesy.org.cy/dataprotection](http://www.gesy.org.cy/dataprotection) και μπορείτε να απευθύνετε οποιοδήποτε σχετικό ερώτημα/αίτημά σας στην Υπεύθυνη Προστασίας Δεδομένων στις πιο κάτω διευθύνσεις:

Υπεύθυνη Προστασίας Δεδομένων, ΟΑΥ, Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία ή [dataprotection@hio.org.cy](mailto:dataprotection@hio.org.cy)