



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



## ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (Ν.Π.Δ.Δ.)

ΚΡΙΤΟΒΟΥΛΙΔΟΥ 19 712 01 ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΤΗΛ.: 2810 330193, ΤΗΛ.-FAX : 2810 283385

Web: [www.ish.gr](http://www.ish.gr), e-mail: [info@ish.gr](mailto:info@ish.gr)

### ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

#### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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:	ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:** (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:*		Α.Φ.Μ.:	
Αριθ. Διαβατηρίου:*		Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:*	
Αριθ. Αδειας Οδήγησης:*		Ιθαγένεια:	
Ημερομηνία γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:
			Αριθ:
			TK:
Τηλ:		Fax:	E – mail:

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:

Επωνυμία:			
Αρ. Καταστατικού:		Έτος Ίδρυσης:	
Αρ. και έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημ/νία καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ και ΕΑΕ):			
Α.Φ.Μ.:		Δ.Ο.Υ.:	
Έδρα	Οδός:	Αριθ:	TK:
Δήμος / Κοινότητα:		Νομός:	
Τηλ:		Fax:	E – mail:

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ1 (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):**

Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται η προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	Τ.Κ:
Τηλ:		Fax:	E – mail:

**Παρακαλώ για την χορήγηση αναγγελίας έναρξης λειτουργίας φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (αναγράφεται ο φορέας)**

Επωνυμία επιχείρησης:							
Εγκεκριμένος Τίτλος (αν υπάρχει):							
Διεύθυνση επιχείρησης	Δήμος/ Κοιν/τα:		Οδός:		Αριθ.:		TK:
A.Φ.Μ. :				Δ.Ο.Υ.:			
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>1</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

2. Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

3. ....»

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση:
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας:
3. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας:
4. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

.....

Ο/Η αιτών/ούσα

(Ημερομηνία)

(Σφραγίδα-υπογραφή)

<sup>1</sup> «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκοπύει να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκοπύει να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».