

ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ

Επώνυμο :

Όνομα:.....

Όνομα πατέρα:.....

Ειδικότητα:.....

Χρονολογία λήψης πτυχίου:.....

Σύντομο βιογραφικό σημείωμα

[illegible]

Διεύθυνση Ιατρείου

Οδός _____ αρ. _____

Περιοχή _____

Τηλέφωνο_____

Λειτουργία Ιατρείου

Ημέρες _____

Ὁρες _____

Διεύθυνση Κατοικίας

Οδός αρ.

Περιοχή	τηλ.
---------	------

Προς το
Διοικητικό Συμβούλιο του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.
Ομήρου 5
105 64 Αθήνα

Με την παρούσα σας γνωρίζω ότι δέχομαι να παρέχω στους ασφαλισμένους του Ταμείου σας τις ιατρικές μου υπηρεσίες στο δικό μου ιατρείο, με βάση τις ισχύουσες αμοιβές των ιατρικών πράξεων, θεραπειών κλπ που έχει καθορίσει το Διοικητικό σας Συμβούλιο και για τις οποίες έχω πλήρως ενημερωθεί.

Η δέσμευσή μου ισχύει για μια τριετία από σήμερα, η δε αμοιβή μου για το διάστημα αυτό θα αναπροσαρμόζεται αναλόγως σε περίπτωση που το Διοικητικό Συμβούλιο του Ταμείου σας μεταβάλλει το ύψος των αμοιβών.

Τυχόν υπαναχώρησή μου απ' την παρούσα δήλωση θα ισχύει μετά την πάροδο ενός μηνός από την έγγραφη γνωστοποίησή μου στο Ταμείο σας.

_____/_____/201_____
(Πόλη)

Ο Ιατρός

(υπογραφή – σφραγίδα)

Website : www.atpsyte.gr

Fax : 210 32 47 632