



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (Ν.Π.Δ.Δ.)
ΚΡΙΤΟΒΟΥΛΙΔΟΥ 19 712 01 ΗΡΑΚΛΕΙΟ
ΤΗΛ.: 2810 283385 -2810 330193, FAX : 2810 330194
Web: www.ish.gr, e-mail: info@ish.gr

ΕΤΗΣΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΙΑΤΡΟΥ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

A.M.:
Επώνυμο: Όνομα:
Όνομα Πατέρα: Όνομα Μητέρας:
Τόπος Γέννησης: Χρόνος Γέννησης:
Εθνικότητα: Υπηκοότητα:
A.Δ.Τ.: A.Φ.Μ.: A.M. T.Σ.A.Y.:
Οικογενειακή Κατάσταση:
Διεύθυνση: Πόλη:
Τηλέφωνο: T.K.:
Email: Website:

ΣΠΟΥΔΕΣ:

Ειδικότητα:
Αριθμός και Χρονολογία λήψης Ειδικότητας:
Εξειδίκευση:
Αριθμός και Χρονολογία λήψης Εξειδίκευσης:
Διδάκτωρ: Πανεπιστημίου: :
Αρ. και χρονολογία Διδακτορικού τίτλου:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ:

Δηλώνω υπεύθυνα σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.1599/1986 ότι παρέχω τις ιατρικές μου υπηρεσίες ως εξής:

- **ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

Χρονολογία έναρξης άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος:

Διατηρώ Ιατρείο:

Ταχ.Δ/ση:(Αρ. Αδείας:.....)

Παρέχω τις υπηρεσίες μου:

.....

- **ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ :**

Στ.ως..... ή ΔΕΝ ΚΑΤΕΧΩ ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ

- **ΠΑΓΙΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΑΝΤΙΜΙΣΘΙΑ:**

Υπηρετώ ωςστ.....

- **ΛΟΙΠΑ:**.....

.....

Αναγνωρίζω ότι η παρούσα υπέχει και θέση υπεύθυνης δήλωσης του Αρ. 8 του Ν. 1599/1986.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή.

Ημερομηνία /Υπογραφή