Εξουσιοδότηση

Δήλωση στον Ιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου

**Στοιχεία ιατρού - ιατρικής εταιρείας:**

Όνομα:

Επώνυμο:

Πατρώνυμο:

Εκπροσωπώ την Ιατρική Εταιρεία:

Διεύθυνση Ιατρείου/Εταιρείας:

Ειδικότητα:

Αριθμός δελτίου αστυνομικής ταυτότητας:

ΑΦΜ:

Email:

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Ο/Η υπογράφων/ουσα με στοιχεία που αναφέρονται παραπάνω, ατομικά /ή με την ιδιότητα του νομίμου εκπροσώπου της παραπάνω εταιρείας, που είναι φορέας ΠΦΥ νόμιμα αδειοδοτημένος και συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ, έχοντας λάβει σοβαρά υπόψη τις εξαιρετικά ιδιάζουσες και δυσμενείς συνθήκες υπό τις οποίες είμαστε σήμερα αναγκασμένοι να παρέχουμε τις ιατρικές μας υπηρεσίες σε ένα συνεχώς αναδιαμορφούμενο πλαίσιο σχέσεων και υποχρεώσεων για τη συνεργασία μας με τον ΕΟΠΥΥ (μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας από τους ιδιώτες ιατρούς για τους έλληνες ασφαλισμένους), με την παρούσα μου εξουσιοδοτώ το ΝΠΔΔ με την επωνυμία ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ, που εδρεύει στο Ηράκλειο, οδός Κριτοβουλίδου, αριθμός 19, να με εκπροσωπεί πλήρως και να προβαίνει αντ’ εμού, στο όνομά μου και για λογαριασμό μου, διά του Προέδρου ή άλλου ορισθέντος για το σκοπό αυτό εκπροσώπου του, με γνώμονα την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, την προάσπιση της τιμής, της αξιοπρέπειας και της επιστημονικής ελευθερίας κάθε ιατρού, όπως επιβάλλουν οι αρχές και οι κανόνες ορθής άσκησης της Ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας, αλλά και οι υποχρεώσεις για την προστασία της υγείας των ασθενών μου, αλλά και την ανάγκη εξασφάλισης βιώσιμων συνθηκών άσκησης του λειτουργήματός μου, α) καταγγελίας της όποιας άτυπης σήμερα «Σύμβασης για Εκτέλεση Παρακλινικών Εξετάσεων» που με συνδέει με τον ΕΟΠΥΥ, και β) στη διαπραγμάτευση και συμφωνία νέων όρων συλλογικής σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ χωρίς claw back.

Η παρούσα εξουσιοδότηση παραμένει ενεργός και ισχυρή μέχρι την ανάκλησή της, για την οποία ορίζω από τώρα ως μόνο και αποκλειστικό τύπο, την επίδοση σχετικής έγγραφης δήλωσής μου προς τον ΙΣΗ και προς τον ΕΟΠΥΥ.

**Ο Εξουσιοδοτών**