



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

## ΕΤΗΣΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΙΑΤΡΟΥ

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

ΑΜ:	ΑΜΚΑ:
Επώνυμο:	Όνομα:
Όνομα Πατέρα:	Όνομα Μητέρας:
Τόπος Γέννησης:	Χρόνος Γέννησης:
Εθνικότητα:	Υπηκοότητα:
Α.Δ.Τ.:	Α.Φ.Μ.:
Οικογ. Κατάσταση:	Α.Μ. Τ.Σ.Α.Υ.:
Διεύθυνση:	Πόλη:
Τηλέφωνο:	Τ.Κ.:
Email:	website:

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

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 ως .....στ.....

#### • 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