



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 ΕΠΗΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗΣ 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.C.A.Y.:

A.M.K.A.:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Διεύθυνση:

Πόλη:

Τηλέφωνο:

T.K.:

Email:

Website:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι παρέχω τις ιατρικές μου υπηρεσίες ως εξής:

Ασκώ νομίμως την Ειδικότητα της.....

Και την εξειδίκευση της.....

Διατηρώ:

Μεταπτυχιακό τίτλο:.....

Διδακτορικό τίτλο:

ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Ασκώ το λειτούργημα του ιατρού, διατηρώντας προσωπικό ιατρείο

ή από κοινού με τον ιατρό(ονοματεπώνυμο)

Ταχ.Δ/ση:(Αρ. Αδείας:.....)

.....

.....

ή άλλο ιδιωτικό φορέα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....

ΠΑΡΕΧΩ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΟΥ

ΣΕ ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΜΕ ΠΑΓΙΑ ΑΝΤΙΜΙΣΘΙΑ

ΚΑΤ' ΑΠΟΚΟΠΗΝ

ΑΝΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Με την επωνυμία:.....

στην ταχ. Διεύθυνση:.....

με ποσό αντιμισθίας ύψους:€

αμοιβής ανά επίσκεψη ύψους:€

ΛΟΙΠΑ:.....

ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ από τον ασφαλιστικό φορέα

Χρηματικού ποσού ύψους :.....€

Παρέχω υπηρεσίες στους εξής Ιατρικούς Συλλόγους:

.....
.....

Βεβαιώνω ότι δεν υπάγομαι σε κάποιο από τα κατά νόμο κωλύματα και ασυμβίβαστα και ότι έχω δικαίωμα άσκησης της ιατρικής με βάση πτυχία και τίτλους ελληνικών ιατρικών σχολών ή κατά νόμο αναγνωρισμένων αλλοδαπών,

Βεβαιώνω ότι δεν βρίσκομαι σε αναστολή ιατρικού επαγγέλματος λόγω πειθαρχικών ποινών, όπως προβλέπονται στο άρθρο 322, και δεν έχω στερηθεί της άδειας λόγω μη καταβολής εισφορών, όπως προβλέπεται στο άρθρο 315 παράγραφος 2.

Επίσης δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι στη διάθεση των προσωπικών δεδομένων μου (Ειδικότητα, Τίτλοι, Δ/νση, Τηλέφωνο) που τηρούνται στον Ι.Σ.Η. για ενημερωτικούς, επιστημονικούς ή άλλους σκοπούς.

Σε περίπτωση που δεν συγκατατίθεσθε, δηλώστε την άρνησή σας στο παρακάτω κενό πλαίσιο.

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