

## ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η .....  
του....., κάτοικος....., οδός....., ιατρός.....,  
γεννηθείς/είσα στις....., κάτοχος δελτίου αστυνομικής ταυτότητας υπ.  
αριθμ....., με ΑΜ ΙΣ..... και ΑΦΜ.....,  
εξουσιοδοτώ δια της παρούσης τον Ιατρικό Σύλλογο ....., (α) να  
ενεργήσει κάθε αναγκαία διαπραγμάτευση για λογαριασμό μου με την αρμόδια  
Επιτροπή Διαπραγμάτευσης του ΕΟΠΥΥ, (β) να ενεργήσει κάθε αναγκαία  
διαπραγμάτευση για τους όρους συνεργασίας μου με τις ιδιωτικές ελεγκτικές  
εταιρίες και (γ) να ενεργήσει κάθε αναγκαία διαπραγμάτευση για τη διαμόρφωση  
και διαχείριση των όρων των νέων συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ.

(περιοχή)....., (ημερομηνία).....

**Οι εξουσιοδοτών/ ούσα**