



# ΔΗΛΩΣΗ προς τον Ιατρικό Σύλλογο Πατρών

(Σύμφωνα με το άρθρο 7 του από 11 Οκτωβρίου / 7 Νοεμβρίου 1957 Β.Δ./τος)

Αριθ. Πρωτ.: .....

Πάτρα: .....

**Ο κάτωθι υπογεγραμμένος ιατρός δηλώ υπευθύνως και εν γνώσει των συνεπειών του Νόμου ότι τα ακριβή στοιχεία μου είναι :**

ΕΠΩΝΥΜΟ:	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ:
ΟΝΟΜΑ:	Τ.Κ: ΠΟΛΗ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	ΤΗΛΕΦΩΝΑ:
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.:
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	ΑΜΚΑ: ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ-ΤΣΑΥ:
ΗΜ/ΝΑΙ ΓΕΝΗΣ/ΩΣ:	ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ:
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ :	E-MAIL:
ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:	ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ: ΟΧΙ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ: <input type="checkbox"/> ΑΠΟ:
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	ΔΙΔΑΚΤ. ΔΙΠΛΩΜΑ: ΝΑΙ: <input type="checkbox"/> - ΟΧΙ: <input type="checkbox"/>
Α.Δ.Τ.: ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:	ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

**ΠΑΡΕΧΩ τις ιατρικές μου υπηρεσίες στα παρακάτω Φυσικά ή Νομικά Πρόσωπα, Οργανισμούς, Ταμεία, Ιδρύματα, Δημ. Υπηρεσίες κ.λ.π.:**

Ε.Σ.Υ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:  Π.Γ.Ν.Π.  Γ.Ν.Πατρών  Καραμανδάνειο  Νοσ. Θώρακος  Γ.Ν. Καλαβρύτων  
 Κ.Υ.:..... ΩΣ:  Συντονιστής Δ/ντής  Δ/ντής  Αναπλ. Δ/ντής  Επιμελ. Α'  Επιμ. Β',  
 Επικουρικός  Ειδικευόμενος:.....  Εξειδικευόμενος:.....  
 ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΣ. -  Καθηγητής,  Αναπλ. Καθηγητής,  Επίκουρος Καθηγητής,  Λέκτορας

ΙΑΤΡΟΣ ΠΕΔΥ. Μονάδα: ..... Βαθμός: .....

**ΕΜΜΙΣΘΟΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ:** (π.χ: ΕΟΠΥΥ, ιδ κλινικές, Στρατιωτικοί κλπ)

Αναφέρετε την επωνυμία του φορέα: .....

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ** Αναφέρετε την επωνυμία του φορέα: .....

**ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΔ. ΦΟΡΕΙΣ** (π.χ. ιδ. κλινικές): .....

ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ ή  ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ

1<sup>ο</sup>: Οδός:..... αρ.:....., περιοχή:....., Πόλη:....., τηλέφωνα:.....

2<sup>ο</sup>: Οδός:..... αρ.:....., περιοχή:....., Πόλη:....., τηλέφωνα:.....

Συστεγάζομαι τον/την .....  Κοινό ιατρείο/εργαστήριο τον/την.....

Διατηρώ ιατρείο στην περιφέρεια του Ιατρικού Συλλόγου .....

Διατηρώ κλινική : Οδός:..... αρ.:....., Πόλη:....., τηλέφωνα:.....

ΠΑΡΕΧΩ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΟΥ ΜΕ Δ.Π.Υ. σε ιδιωτ. ή δημ. φορείς: .....

ΕΧΩ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ

ΕΧΩ ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ:  ΕΟΠΥΥ,  Δ/νση Συγκοινωνιών  Άλλο:.....

**ΑΝΕΡΓΟΙ ΙΑΤΡΟΙ**

Αναμένω:  έναρξη αγροτικού,  έναρξη ειδικότητας,  συνέχιση ειδικότητας,  εξετάσεις ειδικότητας,  διορισμό σε θέση ΕΣΥ,  άλλος λόγος:.....

Αναφέρετε τον φορέα που αναμένετε να διοριστείτε:.....

Εργάζομαι στο εξωτερικό: Χώρα: ..... Από το έτος: ..... θέση: .....

**ΕΠΙΘΥΜΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΜΕ E-MAIL:**  ΝΑΙ -  ΟΧΙ - **ΜΕ SMS**  ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΕΠΙΘΥΜΩ να χορηγούνται τα στοιχεία μου σε τρίτους για ενημερωτικούς – επιστημονικούς σκοπούς:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Βεβαιώ ότι δεν υπάγομαι σε κανένα κώλυμα ή ασυμβίβαστο που προβλέπεται από τα άρθρα 5,6,7, του Α.Ν. 1565/39 ή του άρθρου 3 από 11.10/7-11-1957 Β.Δ/τος.

**Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία**

Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία				ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:	Ο ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ Πάτρα ...../...../.....  (Υπογραφή)
ΠΛΗΡΩΜΗ (περίοδος)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ:	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ:		