



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^ο: Οδός:..... αρ.:....., περιοχή:....., Πόλη:....., τηλέφωνα:.....

2^ο: 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:		