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

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ: ……** | **Α.Φ.Μ.: …… Δ.Ο.Υ.: ……** |
| **OΝΟΜΑ: ……** | **ΔΙΔΑΚΤ. ΔΙΠΛΩΜΑ: ΝΑΙ:** ** - ΟΧΙ: ** |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ……** | **Ε-MAIL: ……** |
| **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: ……** | **ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ: ……** |
| **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: ……** | **ΑΜΚΑ: …… ΑΡ. ΜΗΤΡ.-ΤΣΑΥ: ……** |
| **ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: ……** | **ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ……** |
| **ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: ……** | **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:ΟΔΟΣ ……** |
| **ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ: ……** | **Τ.Κ: …… ΠΟΛΗ ……** |
| **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ……** | **ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: …… FAX: ……** |
| **ΑΝΑΓΝ, ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ:** | **ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.: ……** |
| **Α.Δ.Τ.: …… ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: …… ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: ……** | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **** **Ε.Σ.Υ.** ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: **** ΠΓΝΠ **** Γ.Ν.Πατρών **** Καραμανδάνειο **** Νοσ. Θώρακος **** Γ.Ν. Καλαβρύτων **** ΕΚΑΒ **** Κ.Υ.:……………………................... **** Π.Ι. **** Πολυδύν. Π.Ι.……………………….. ΩΣ: **** Συντονιστής Δ/ντής **** Δ/ντής **** Αναπλ. Δ/ντής **** Επιμελ. Α΄ **** Επιμ. Β΄, **** **Επικουρικός** **** **Ειδικευόμενος**:…………………………………  **** **Εξειδικευόμενος**: …………………………… ή **** Αγροτικός | | | | |
| **** **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΣ** - **** Καθηγητής, **** Αναπλ. Καθηγητής, **** Επίκουρος Καθηγητής, **** Λέκτορας | | | | |
| **** **ΙΑΤΡΟΣ ΠΕΔΥ** Μονάδα: ……….……………………..… Βαθμός:…………………………………… | | | | |
| **ΕΜΜΙΣΘΟΣ: ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ:** (Φυσικά ή νομικά πρόσωπα π.χ: ΕΟΠΥΥ, ιδ. κλινικές, Στρατιωτικοί κ.λ.π.)  Αναφέρετε την επωνυμία & δ/νση του φορέα: ………………………………………………………………………………………..  **ΕΠΙΣΤΗΜ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ** Αναφέρετε την επωνυμία & δ/νση του φορέα:…………..………………………………………………...  **ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ Ιδιωτικούς Φορείς**  (π.χ. ιδιωτικές κλινικές): …………………….…………………………………………….  **** ΠΑΡΕΧΩ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΟΥ ΜΕ Δ.Π.Υ. σε ιδιωτ. ή δημ. φορείς: …………………………………………………..………  **** με πάγια αντιμισθία **** κατ’ αποκοπήν **** ανά επίσκεψη  Ποσό της αντιμισθίας ……………………………………ή ποσό αμοιβής ανά επίσκεψη …………………………………………. | | | | |
| **** **ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ**   **ή**  **** **ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ ή** **** **ΔΙΑΤΗΡΩ Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας ** **ΔΙΑΤΗΡΩ Μ.Χ.Α.**  1ο: Οδός: **……**  αρ.: **……**, όροφος: **……** Πόλη: **……** τηλέφ: **……**  1ο: Οδός: **……**  αρ.: **……**, όροφος: **……** Πόλη: **……** τηλέφ: **……**  **** Συστεγάζομαι με τον/την ………………………………..  Κοινό ιατρείο/εργαστήριο με τον/την……………………………  **** Παρέχω ιατρικές υπηρεσίες και στην περιφέρεια του Ιατρικού Συλλόγου ……………………..…………………….. και είμαι μέλος του ειδικού μητρώου του.  **** Διατηρώ κλινική : Οδός:………………………………….. αρ.:………, Πόλη:…………………., τηλέφ:…………….………  **** 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:……………………… | | | | |
| **ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ**: ΟΧΙ: **** ΝΑΙ: **** ΑΠΟ:…………………………..…………ΠΟΣΟ: ……….……………… | | | | |
| **Βεβαιώ ότι** ασκώ πράγματι το λειτούργημα του ιατρού, 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. Επίσης βεβαιώ ότι δεν βρίσκομαι σε αναστολή ιατρικού επαγγέλματος λόγω πειθαρχικών ποινών, όπως προβλέπονται στο άρθρο 322 του Ν.4512/2018 και δεν έχω στερηθεί της άδειας λόγω μη καταβολής εισφορών, όπως προβλέπεται στο άρθρο 315 παράγραφος 2 του ιδίου νόμου.  Δηλώνω τέλος, ότι υποχρεούμαι σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία να ανακοινώνω προς τον Ιατρικό Σύλλογο οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων μου εντός δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την ημέρα της μεταβολής. | | | | |
| Ο κάτωθι υπογεγραμμένος δηλώνω, εν πλήρη επιγνώσει, βασιζόμενος στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη απόφαση μου, ότι αφού ενημερώθηκα, συμφωνώ, συναινώ και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία όλων των προσωπικών μου δεδομένων από τον Ιατρικό Σύλλογο Πατρών για την άσκηση των αρμοδιοτήτων του βάσει του Ν. 4512 (ΦΕΚ 5/17-1-2018 τΑ΄). Γνωρίζω δε το δικαίωμα πρόσβασής μου στα πιο πάνω δεδομένα, το δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία τους καθώς και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή υπό προϋποθέσεις.  1. Για τις επεξεργασίες των προσωπικών μου δεδομένων που σημειώνω κατωτέρω ισχύουν τα εξής:  **** Συναινώ στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο σύμφωνα με την από 15/1/2018 απόφαση του ΔΣ του ΙΣΠ βάσει της αρχής της ελαχιστοποίησης των δεδομένων παρέχονται μόνο βασικά στοιχεία: ονομ/μο, ειδικότητα, πειθαρχικά, εργασία).  **** Συναινώ στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο σύμφωνα με το ν. 4461/2017 άρθρο 51: (δηλ.: ΑΜΚΑ, ΑΦΜ, ΑΔΤ κλπ, ενημερότητα εισφορών προς τους Ι. Συλλόγους, ενημερότητα εισφορών προς τους ασφαλ. οργανισμούς, εργασιακή κατάσταση σε οποιοδήποτε τομέα απασχόλησης, τυχόν πειθαρχική ποινή ή οποιαδήποτε άλλη μεταβολή).  2. Χορήγηση στοιχείων επικοινωνίας μου σε ιατρούς μέλη του ΙΣΠ για επιστημονικούς ή συνδικαλιστικούς σκοπούς ****OXI ****NAI | | | | |
| **Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία** | | | | **Ο ΔΗΛΩΝ / Η ΔΗΛΟΥΣΑ**  **Πάτρα …../….../……**  (Υπογραφή) |
| **ΠΛΗΡΩΜΗ** | **ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ** | ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ  **ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ** |