



ΔΗΛΩΣΗ προς τον Ιατρικό Σύλλογο Πατρών

(Σύμφωνα με το άρθρο 296 του Ν. 4512 (ΦΕΚ 5/17-1-2018 τΑ')

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.:
ΟΝΟΜΑ:	ΔΙΔΑΚΤ. ΔΙΠΛΩΜΑ: ΝΑΙ: <input type="checkbox"/> - ΟΧΙ: <input type="checkbox"/>	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	E-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. :

<input type="checkbox"/> Ε.Σ.Υ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: <input type="checkbox"/> ΠΓΝΠ <input type="checkbox"/> Γ.Ν. Πατρών <input type="checkbox"/> Καραμανδάνειο <input type="checkbox"/> Νοσ. Θώρακος <input type="checkbox"/> Γ.Ν. Καλαβρύτων <input type="checkbox"/> ΕΚΑΒ
<input type="checkbox"/> Κ.Υ.:..... <input type="checkbox"/> Π.Ι. <input type="checkbox"/> Πολυδύν. Π.Ι. ΩΣ: <input type="checkbox"/> Συντονιστής Δ/ντής <input type="checkbox"/> Δ/ντής
<input type="checkbox"/> Αναπλ. Δ/ντής <input type="checkbox"/> Επιμελ. Α' <input type="checkbox"/> Επιμ. Β', <input type="checkbox"/> Επικουρικός <input type="checkbox"/> Ειδικευόμενος:
<input type="checkbox"/> Εξειδικευόμενος: ή <input type="checkbox"/> Αγροτικός
<input type="checkbox"/> ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΣ - <input type="checkbox"/> Καθηγητής, <input type="checkbox"/> Αναπλ. Καθηγητής, <input type="checkbox"/> Επίκουρος Καθηγητής, <input type="checkbox"/> Λέκτορας
<input type="checkbox"/> 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/ση του φορέα:
ΕΠΙΣΤΗΜ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ Αναφέρετε την επωνυμία & δ/ση του φορέα:.....
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ Ιδιωτικούς Φορείς (π.χ. ιδιωτικές κλινικές):
<input type="checkbox"/> ΠΑΡΕΧΩ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΟΥ ΜΕ Δ.Π.Υ. σε ιδιωτ. ή δημ. φορείς:
<input type="checkbox"/> με πάγια αντιμισθία <input type="checkbox"/> κατ' αποκοπήν <input type="checkbox"/> ανά επίσκεψη Ποσό της αντιμισθίας ή ποσό αμοιβής ανά επίσκεψη
<input type="checkbox"/> ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ ή <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ ή <input type="checkbox"/> ΔΙΑΤΗΡΩ Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας <input type="checkbox"/> ΔΙΑΤΗΡΩ Μ.Χ.Α. 1 ^ο : Οδός: αρ.:, όροφος: Πόλη: τηλέφ: 1 ^ο : Οδός: αρ.:, όροφος: Πόλη: τηλέφ:
<input type="checkbox"/> Συστεγάζομαι με τον/την <input type="checkbox"/> Κοινό ιατρείο/εργαστήριο με τον/την.....
<input type="checkbox"/> Παρέχω ιατρικές υπηρεσίες και στην περιφέρεια του Ιατρικού Συλλόγου και είμαι μέλος του ειδικού μητρώου του.
<input type="checkbox"/> Διατηρώ κλινική : Οδός:..... αρ.:....., Πόλη:....., τηλέφ:.....
<input type="checkbox"/> ΕΧΩ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ.
ΕΧΩ ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ: <input type="checkbox"/> ΕΟΠΥΥ, <input type="checkbox"/> Δ/ση Συγκοινωνιών <input type="checkbox"/> Άλλο:.....

ΑΝΕΡΓΟΙ ΙΑΤΡΟΙ Αναμένω: <input type="checkbox"/> έναρξη αγροτικού, <input type="checkbox"/> έναρξη ειδικότητας, <input type="checkbox"/> συνέχιση ειδικότητας, <input type="checkbox"/> εξετάσεις ειδικότητας, <input type="checkbox"/> διορισμό σε θέση ΕΣΥ, <input type="checkbox"/> άλλος λόγος:..... Αναφέρετε τον φορέα που αναμένετε να διοριστείτε:..... <input type="checkbox"/> Εργάζομαι στο εξωτερικό: Χώρα: από το έτος:..... θέση:.....
--

ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ: ΟΧΙ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ: <input type="checkbox"/> 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 ίδιου 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.

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