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