



ΔΗΛΩΣΗ ΜΕΛΟΥΣ
ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ ΠΡΟΣ
ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΠΑΤΡΩΝ
(Άρθρα 295 & 296 του Ν. 4512/2018)

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ

Η ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____

ΟΝΟΜΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____ (ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΩΣ)

ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ : _____

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____

ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : _____

ΑΜΚΑ : _____

ΑΦΜ : _____ ΔΟΥ: _____

ΕΝΕΡΓΟ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ Ι.Σ.: _____

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : _____

_____ ΟΔΟΣ _____ ΑΡΙΘ. _____ ΠΟΛΗ – ΔΗΜΟΣ - ΚΟΙΝ. _____ Τ.Κ. _____ ΝΟΜΟΣ _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : _____

E-MAIL: _____

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του Ιατρικού Συλλόγου είναι: (απαιτείται αναλυτική - ακριβής συμπλήρωση του τόπου παροχής των ιατρικών υπηρεσιών του χρόνου αλλά και της εργασιακής σχέσης).

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ, ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΙ, ΔΟΜΩΝ ΠΦΥ, ΜΕΛΗ ΔΕΠ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, η μονάδα, ο βαθμός, εργασιακή σχέση, τηλ κλπ)

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

Ιδ. Ιατρείο/εργαστήριο, Ιδ Κλινικές, ΜΗΝ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, τηλ., η μονάδα, εργασιακή σχέση, επ. υπευθυνότητα, συνεργασία κλπ)

Ιδ. Ιατρείο/εργαστήριο, Ιδ Κλινικές, ΜΗΝ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, τηλ., η μονάδα, εργασιακή σχέση, επ. υπευθυνότητα, συνεργασία κλπ)

Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του ειδικού μητρώου του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών είναι: (απαιτείται αναλυτική - ακριβής συμπλήρωση του τόπου παροχής των ιατρικών υπηρεσιών του χρόνου αλλά και της εργασιακής σχέσης).

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ (μόνο με απόσπαση):

ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ, ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΙ, ΔΟΜΩΝ ΠΦΥ, ΜΕΛΗ ΔΕΠ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, η μονάδα, ο βαθμός, εργασιακή σχέση, τηλ κλπ)

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

Ιδ. Ιατρείο/εργαστήριο, Ιδ Κλινικές, ΜΗΝ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, τηλ., η μονάδα, εργασιακή σχέση, επ. υπευθυνότητα, συνεργασία κλπ)

Ιδ. Ιατρείο/εργαστήριο, Ιδ Κλινικές, ΜΗΝ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, τηλ., η μονάδα, εργασιακή σχέση, επ. υπευθυνότητα, συνεργασία κλπ)

Ιδ. Ιατρείο/εργαστήριο, Ιδ Κλινικές, ΜΗΝ κλπ (Αναγράφεται ο τόπος, τηλ., η μονάδα, εργασιακή σχέση, επ. υπευθυνότητα, συνεργασία κλπ)

ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

- Δηλώνω 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.
- δεν είμαι εγγεγραμμένος σε ειδικό μητρώο άλλων Ιατρικών Συλλόγων / Είμαι εγγεγραμμένος σε ειδικό μητρώο και του Ιατρικού Συλλόγου (διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει)
- δεν έχω υποστεί στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων
- δεν μου έχει ανακληθεί ή ανασταλεί για οποιοδήποτε λόγο η άδεια ή βεβαίωση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ούτε διώκομαι σήμερα πειθαρχικά
- δεν έχω καταδικαστεί τελεσίδικα σε ατιμωτικό αδίκημα σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις της ποινικής νομοθεσίας
- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής των στοιχείων μου (επαγγελματικών ή ταυτοποιητικών) υποχρεούμαι όπως εντός δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την ημέρα της μεταβολής να το δηλώσω στον ΙΣ Πατρών
- Επίσης δηλώνω ότι τα στοιχεία της Δήλωσης καθώς είναι ακριβή και αληθή.

Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία				Ο ΔΗΛΩΝ / Η ΔΗΛΟΥΣΑ Ημ/νία:/...../2018
ΠΛΗΡΩΜΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	
			ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ	(Υπογραφή)