



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ  
ΕΓΓΡΑΦΗΣ **ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ**  
ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΑΤΡΩΝ  
(Άρθρο 295 του Ν. 4512/2018)

Η ΑΙΤΗΣΗ 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 κλπ)

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

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

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

Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα **ως μέλος 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 κλπ)

□ ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

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

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

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

- 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/ 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 αίτησης μου καθώς και τα στοιχεία που αναφέρονται στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά μου είναι ακριβή και αληθή
- 
- Συνημμένα καταθέτω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά και φέρω την ευθύνη για την ακρίβειά τους.
    1. **Βεβαίωση (πρόσφατη) Ιατρικού Συλλόγου** του οποίου είμαι ενεργό μέλος από την οποία να προκύπτουν τυχόν μεταβολές ΙΣ, πιθανές ποινικές ή πειθαρχικές καταδίκες
    2. **Βεβαίωση (πρόσφατη) Ιατρικού Συλλόγου του οποίου είμαι μέλος ειδικού μητρώου** από την οποία να προκύπτουν πιθανές ποινικές ή πειθαρχικές καταδίκες. (Μόνο αν ο ιατρός είναι & μέλος ειδικού μητρώου άλλου Συλλόγου)
    3. **Απλό φωτοαντίγραφο** και των δύο όψεων της **ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**.
    4. **Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ** (Αν δεν αναγράφεται στη βεβαίωση του Ι.Σ... -Μπορεί να κατατεθεί οποιοδήποτε δημόσιο έγγραφο που αναφέρει τον ΑΜΚΑ)
    5. **Δικαίωμα εγγραφής (ποσό: 10,00 €)**
    6. **Καταβολή ετήσιας εισφοράς (ποσό: 100,00 €)**
    7. **1 φωτογραφία μεγέθους ταυτότητας**
    8. **Απόφαση απόσπασης/μετακίνησης από Υπηρεσία προς δημόσια δομή περιφέρειας ΙΣ Πατρών** (Ισχύει μόνο για δημόσιους λειτουργούς που εργάζονται με απόσπαση, δηλ η οργανική θέση ανήκει σε περιφέρεια άλλου Συλλόγου)
    9. **Βιογραφικό** συνοδευόμενο από τίτλους ειδίκευσης και εξειδίκευσης, μεταπτυχιακών σπουδών και κάθε άλλης επιστημονικής εμπειρίας και κατάρτισης στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ