



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΑΡ.ΠΡΩΤ.:
5616/10-10-2020 ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ
ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΤΟΥ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΟΣ ☐

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ☐ / ΠΕ ☐ ή ΤΕ ☐

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (για Ιατρούς):

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____

ΟΝΟΜΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____ (ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΩΣ)

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____

ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : _____

ΑΜΚΑ : _____

ΑΦΜ : _____

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : _____

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

Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓ. ΕΓΚ/ΣΗΣ : _____

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

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : _____ ΚΙΝ: _____

E-MAIL: (ευκρινώς): _____

IBAN ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓ: _____

Με την παρούσα αιτούμαι την συμμετοχή μου στην υπ' αρ 5616/10-10-2020 πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος που έχει εκδώσει ο Ιατρικός Σύλλογος Πατρών σε εκτέλεση της από 5/10/2020 (ΑΔΑ: 9Ε927Λ6-Λ8Ο) Προγραμματικής Σύμβασης μεταξύ Ι.Σ.Π., Π.Δ.Ε. & Πανεπιστημίου Πατρών/ΕΛΚΕ και των αποφάσεων του Δ.Σ. του Ι.Σ.Π. και καταθέτω τα παρακάτω δικαιολογητικά, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 3 του ν.2690/1999 δηλώνω υπεύθυνα, γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του ν.1599/1986, όπως ισχύει, ότι: α) όλα τα αναγραφόμενα στοιχεία της αίτησης, καθώς και τα συνημμένα σε αυτή δικαιολογητικά είναι ακριβή και αληθή β) δεν έχω καταδικαστεί τελεσίδικα σε ατιμωτικό αδίκημα σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις της ποινικής νομοθεσίας και γ) αποδέχομαι πλήρως τους όρους της ανωτέρω Πρόκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος του ΙΣΠ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ

Συνημμένα δικαιολογητικά: (σύμφωνα με το παρακάτω παράδειγμα)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....

Παράδειγμα για τη συμπλήρωση των συνημμένων :

1. Αντίγραφο πτυχίου Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου.....,
2. Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας, κ.ο.κ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ