



## **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ ΙΣΑ**

**Σε περίπτωση που ο ιατρός ήταν παλαιότερα κανονικό μέλος  
του ΙΣΑ:**

1. Βεβαίωση από τον Ιατρικό Σύλλογο που είναι μέλος ο ιατρός
2. Αντίγραφο ειδικότητας (εφόσον ο ιατρός δεν την είχε πάρει ή δεν την είχε καταθέσει στον ΙΣΑ όσο ήταν μέλος του)

**Σε περίπτωση που ο ιατρός δεν υπήρξε ποτέ κανονικό μέλος  
του ΙΣΑ, επιπλέον με τα παραπάνω:**

3. Αντίγραφο άδειας ασκήσεως επαγγέλματος
4. Αντίγραφο πτυχίου

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ ΙΣΑ ΜΕΛΩΝ ΑΛΛΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ &  
ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (σύμφωνα με την από 7-6-2012  
απόφαση του ΔΣ του ΙΣΑ)

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμέν..... , γιατρός  
..... (ειδικότητα), μόνιμος κάτοικος .....  
οδός .....

τηλ..... και μέλος του ΙΣ..... αιτούμαι  
σύμφωνα με την παραπάνω απόφαση του ΔΣ του Συλλόγου σας, την εγγραφή μου  
στα μητρώα του ΙΣ σας, **στο ειδικό μητρώο μελών άλλων Ιατρικών Συλλόγων,**  
προκειμένου να υπάγομαι στον πειθαρχικό σας έλεγχο για τις πράξεις και  
παραλείψεις που ενδεχόμενα θα λάβουν χώρα κατά την επαγγελματική μου  
δραστηριότητα στην περιφέρεια του Ι.Σ. Αθηνών.

Τελώ σε γνώση του γεγονότος ότι τα ειδικότερα δικαιώματα και  
υποχρεώσεις μου με την παραπάνω ιδιότητά μου θα καθοριστούν με σχετική  
νομοθετική ρύθμιση.

Σας δηλώνω:

1. Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του Ιατρικού  
Συλλόγου **(αναγράφεται ο Ι.Σ. όπου ανήκει ο ιατρός)** είναι:

.....  
.....  
.....  
.....

2. Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του Ιατρικού  
Συλλόγου Αθηνών είναι:

.....  
.....  
.....  
.....

Εφόσον κάποια από τα παραπάνω στοιχεία, τα οποία θέτω σε γνώση σας με την  
παρούσα δήλωση, η οποία αποδέχομαι ότι έχει την ισχύ υπευθύνου δηλώσεως με  
τις συνέπειες του νόμου, ήθελε τροποποιηθούν υποχρεούμαι να σας ενημερώσω  
εντός αποκλειστικής προθεσμίας 30 ημερών.

Αθήνα, .....-..... -2016

Ο/Η Δηλ.