



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΕΒΑΣΤΟΥΠΟΛΕΩΣ 113, Τ.Κ. 115 26 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: Πρόεδρος: 210 38 39 673 - Γεν. Γραμ.: 210 38 40 548 - Γραμ. Πειθαρχικού: 210 38 47 374

Λογιστήριο: 210 38 39 770 - Πληροφορίες: 210 38 16404 - FAX: 210 38 41 234

E-mail: isathens@isathens.gr, site: www.isathens.gr

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ ΙΣΑ

A. Σε περίπτωση που ο ιατρός ήταν στο παρελθόν κανονικό μέλος του ΙΣΑ:

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

B. Σε περίπτωση που ο ιατρός δεν ήταν στο παρελθόν ποτέ κανονικό μέλος του ΙΣΑ, επιπλέον με τα παραπάνω:

4. Αντίγραφο άδειας ασκήσεως επαγγέλματος
5. α) Αντίγραφο πτυχίου από ελληνικό πανεπιστήμιο
ή
β) Αντίγραφο ξενόγλωσσου πτυχίου, μετάφρασης του στα ελληνικά και αναγνώρισης ΔΟΑΤΑΠ (στις περιπτώσεις που απαιτείται)

Ο ιατρός πρέπει να συμπληρώσει την αίτηση εγγραφής στο Ειδικό Μητρώο του ΙΣΑ και να αναγράψει στα αντίστοιχα πεδία την ακριβή επαγγελματική δραστηριότητά του (ΠΡΟΣΟΧΗ: όχι την ειδικότητα αλλά το που εργάζεται ο ιατρός) τόσο στον Ιατρικό Σύλλογο που είναι γραμμένος ως μέλος, όσο και στον ΙΣΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Σε περίπτωση που δεν προσέλθει ο ίδιος ο ιατρός για την εγγραφή στο ειδικό μητρώο, απαιτείται εξουσιοδότηση προς τον εκπρόσωπο που θα πραγματοποιήσει την εγγραφή, με το γνήσιο της υπογραφής του ιατρού από ΚΕΠ ή Αστυνομία.

Σύμφωνα με τον Νόμο 4512/17-1-2018 και την από 8-5-2018 απόφαση του Δ.Σ. του ΙΣΑ, η εισφορά για τα μέλη του Ειδικού Μητρώου του ΙΣΑ για το έτος 2018 καθορίστηκε στα 150,00 ευρώ.

Επίσης, σύμφωνα με τον Νόμο, απαιτείται παράβολο εγγραφής των 10,00 ευρώ, που καταβάλλονται στο ταμείο του ΙΣΑ την ημέρα της εγγραφής.

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ Ι.Σ.Α.

του Ιατρού

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Ειδικότητα:

Τακτικό μέλος του ΙΣ.....

Τηλ.

Προς

τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών

Παρακαλώ να με εγγράψετε στο Ειδικό Μητρώο του Συλλόγου σας προκειμένου να δραστηριοποιηθώ επαγγελματικά και στην περιφέρεια του Ι.Σ.Α.

Σχετικώς υποβάλλω τα από το Νόμο απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Αθήνα, / / 20.....

Υπογραφή

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ

ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ..... ΟΝ. ΜΗΤΡΟΣ

ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ..... ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Δ/ΝΣΗ : ΟΔΟΣ..... ΑΡ..... Τ.Κ. ΠΟΛΗ

ΚΙΝΗΤΟ:..... ΤΗΛ:..... EMAIL:

Λαμβάνω σύνταξη από τον Ασφαλιστικό Φορέα Ποσό Σύνταξης

A. Ως ΤΑΚΤΙΚΟ μέλος του ΙΣ, δηλώνω υπεύθυνα ότι ασκώ πράγματι το λειτουργήμα του ιατρού, παρέχοντας τις ιατρικές μου υπηρεσίες ως εξής:

1)Εμμισθος στ..... Ποσό αντιμισθίας

2)Διατηρώ ιδιωτικό ιατρείο στην οδό ΑΡ Τ.Κ. ΠΟΛΗ.....

ΤΗΛ:

3)Διατηρώ ιδιωτικό ιατρείο **από κοινού ή συστεγαζόμενο** με τον ιατρό

στην οδό..... ΑΡ..... Τ.Κ. ΠΟΛΗ ΤΗΛ:

4)Είμαι επιστημονικά **υπεύθυνος/η** στ

5)Άλλο:

B. Ως μέλος του ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ του ΙΣ ΑΘΗΝΩΝ, δηλώνω υπεύθυνα ότι ασκώ πράγματι το λειτουργήμα του ιατρού, παρέχοντας τις ιατρικές μου υπηρεσίες ως εξής:

1)Εμμισθος στ..... Ποσό αντιμισθίας

2)Διατηρώ ιδιωτικό ιατρείο στην οδό ΑΡ Τ.Κ. ΠΕΡΙΟΧΗ.....

ΤΗΛ:

3)Διατηρώ ιδιωτικό ιατρείο **από κοινού ή συστεγαζόμενο** με τον ιατρό

στην οδό..... ΑΡ..... Τ.Κ. ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΛ:

4)Είμαι επιστημονικά **υπεύθυνος/η** στ5)Έχω επιστημονική **συνεργασία** κατά πράξη και περίπτωση με τις εξής κλινικές:

.....

6)Άλλο:.....

Γ. Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι εγγεγραμμένος ως μέλος του ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ και στον/στους Ι.Σ

Βλέπε όπισθεν

Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν υπάγομαι σε κάποιο από τα κατά νόμο κωλύματα και ασυμβίβαστα και ότι έχω δικαίωμα άσκησης της Ιατρικής Επιστήμης με βάση πτυχία και τίτλους ελληνικών ιατρικών σχολών ή κατά νόμο αναγνωρισμένων αλλοδαπών σχολών.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι δε 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 Ν. 4512/2018.

Έχω ενημερωθεί για τη συλλογή, χρήση και αποθήκευση των στοιχείων επικοινωνίας μου από τον ΙΣΑ για σκοπούς τήρησης μητρώου μελών, καθώς κάλυψης ενημερώσεων μέσω SMS και EMAIL αναφορικά με ζητήματα που άπτονται της εγγραφής μου στο μητρώο μελών του ΙΣΑ

ΣΥΝΑΙΝΩ στη λήψη ενημερώσεων από τον ΙΣΑ, αναφορικά με επιστημονικές εκδηλώσεις, σεμινάρια/συνέδρια, τις τρέχουσες εξελίξεις στον τομέα Υγείας, καθώς και σημαντικές ανακοινώσεις για δράσεις και ενέργειες του ΙΣΑ για τη διασφάλιση των επαγγελματικών συμφερόντων των ιατρών ή τη δημόσια Υγεία, μέσω SMS ή EMAIL.

ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ σε SMS EMAIL

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
Εισφορά έτους	Αριθμ.Γραμ.	Ποσό	Ημερ/νία	Υπογρ.Υπαλ.
20.....				

ΑΘΗΝΑ /..... /.....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ιατρόςμέλος του
Ειδικού Μητρώου του ΙΣΑ, εξουσιοδοτώ τον
με Α.Δ.Τ. που εκδόθηκε από να
υποβάλλει την ετήσια δήλωση στον ΙΣΑ για την ανανέωση της εγγραφής μου στα ειδικά Μητρώα του
ΙΣΑ.

ΑΘΗΝΑ /..... /.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ