

# ΔΗΛΩΣΗ

## ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΘΗΝΩΝ



ΕΠΩΝΥΜΟ :	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
ΟΝΟΜΑ :	ΟΔΟΣ:	ΑΡ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:	ΠΕΡΙΟΧΗ:	Τ.Κ.
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:	Τ.Θ:	
ΑΣΚΩ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	ΤΗΛ:	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:	ΚΙΝΗΤΟ:	
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:	E-MAIL:	
ΠΑΙΡΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ από:	ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΑΓΗ Δ/ΝΣΗΣ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
ΤΙΤΛΟΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ: <input type="checkbox"/> Εντατικολογία <input type="checkbox"/> Νεογνολογία <input type="checkbox"/> Λοιμωξιολογία <input type="checkbox"/> Κλιν. Μικροβιολογία <input type="checkbox"/> Επεμβ. Ακτινολογία		

Δηλώνω υπεύθυνα σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1599/1986 ότι, παρέχω τις Ιατρικές μου υπηρεσίες με πάγια μηνιαία αντιμισθία ως:

- Ε.Σ.Υ.** ή  **Ε.Σ.Υ. - ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΗ με ΝΟΣ. Ι.Κ.Α. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:** .....
- Συντονιστής Δ/ντής  Δ/ντής  Αναπλ. Δ/ντής  Επιμ. Α'  Επιμ. Β'  Επικουρικός
- Ειδικευόμενος/η στην .....  Εξειδικευόμενος/η στην .....

- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΣ** Νοσοκομείο: .....
- Τακτικός Καθηγητής  Αναπληρωτής Καθηγητής  Επίκουρος Καθηγητής  Λέκτορας

**ΕΜΜΙΣΘΟΣ ΣΕ Ν.Π.Δ.Δ. ΚΑΙ ΙΔΙΩΤ. ΦΟΡΕΑ** (Ιδ. Κλινικές, Ασφαλ. Οργαν. π.χ. Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Στρατιωτικοί, κλπ) αναφέρατε την επωνυμία .....

**ΕΙΜΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ/Η** στ .....

**ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΑΙ ΜΕ ΙΔΙΩΤ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ** (επωνυμία) .....

- ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ**  **ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ**
- A) Οδός ..... αρ..... Περιοχή..... Τ.Κ. .... Τηλ.: .....
- B) Οδός ..... αρ..... Περιοχή..... Τ.Κ. .... Τηλ.: .....
- Δεν διατηρώ ιατρείο και δηλώνω την οικία μου ως επαγγελματική μου έδρα
- Διατηρώ ιατρείο στην περιφέρεια **ΑΛΛΟΥ** Ιατρικού Συλλόγου: .....

- Είμαι Συμβεβλημένος με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ / άλλα ταμεία .....
- Είμαι Πιστοποιημένος στην Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

- ΓΙΑΤΡΟΙ ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ**  Δεν εργάζομαι προσωρινά
- Είμαι σε αναμονή για:**  έναρξη ειδικότητας,  συνέχιση ειδικότητας,  εξετάσεις ειδικότητας,  αγροτικό,
- Άλλος λόγος .....
- Ευρίσκομαι στο **ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ:** Χώρα ..... Έτος ..... Λόγω .....

**ΔΗΛΩΝΩ** ότι συγκατατίθεμαι στη διάθεση των προσωπικών δεδομένων μου ( Δ/ση, Τηλέφωνο) που τηρούνται στον Ι.Σ.Α. για ενημερωτικούς και επιστημονικούς σκοπούς, καθώς και για ανάρτηση των μελών του Ι.Σ.Α. στην ιστοσελίδα του, όπως και να μου αποστέλλονται μηνύματα από τον Ι.Σ.Α. σε SMS και EMAIL.

- ΑΡΝΟΥΜΑΙ** την διάθεση των προσωπικών μου δεδομένων
- ΑΡΝΟΥΜΑΙ** την αποστολή μηνυμάτων σε : SMS  E-MAIL

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Εισφορά έτους	Αριθ.Γραμ.	Ποσό	Ημερ/νία	Υπογρ.Υπαλ.
20.....				

ΑΘΗΝΑ ..... / ..... / .....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

**ΔΗΛΩΣΗ**  
**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΤΩΝ**  
(ΑΦΟΡΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΝΑΝΕΩΣΑΝ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΤΟΥΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΕΤΗ)

ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ .....

Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΜΟΥ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ είχε ως εξής:

ΕΡΓΑΖΟΜΟΥΝ στον/στην .....  
(Αναφέρεται ονομαστικά)

Είχα Επιστημονική Συνεργασία με τις εξής Ιδιωτ. κλινικές ή Διαγνωστικά εργαστήρια

.....

Δ/ση Ιατρείου .....

Υπογραφή Ιατρού

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος .....Ιατρός .....  
....., μέλος του Ι.Σ.Α., εξουσιοδοτώ  
Τ ..... , με αριθμ. Δελτίου  
Ταυτότητας ..... που εκδόθηκε από.....  
να υποβάλλει την ετήσια δήλωση στον Ι.Σ.Α. για την ανανέωση της εγγραφής μου στον Ι.Σ.Α.

ΑΘΗΝΑ:.....

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ**

Τη δήλωση υπέβαλε Ο/Η .....  
με αριθμ. Αστ. Ταυτότητας.....

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**