***Ο κάτωθι υπογεγραμμένος ιατρός δηλώ υπευθύνως και εν γνώσει των συνεπειών του Νόμου ότι τα ακριβή στοιχεία μου είναι :***

|  |  |
| --- | --- |
| *ΕΠΩΝΥΜΟ****:*** | *Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**ΟΔΟΣ:* |
| *OΝΟΜΑ:* | *Τ.Κ:**ΠΟΛΗ* |
| *ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:* | *ΤΗΛΕΦΩΝΑ:* |
| *ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:* | *Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.:* |
| *ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:* | *ΑΜΚΑ: ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ-ΤΣΑΥ:* |
| *ΗΜ/ΝΑΙ ΓΕΝΗΣ/ΩΣ:* | *ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ:* |
| *ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ :* | *E-MAIL:* |
| *ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ****:*** | *ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ: ΟΧΙ:  ΝΑΙ:  ΑΠΟ:* |
| *ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:* | *ΔΙΔΑΚΤ. ΔΙΠΛΩΜΑ: ΝΑΙ:  - ΟΧΙ: * |
| *Α.Δ.Τ.: ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:* | *ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:* |

***ΠΑΡΕΧΩ τις ιατρικές μου υπηρεσίες στα παρακάτω Φυσικά ή Νομικά Πρόσωπα, Οργανισμούς, Ταμεία, Ιδρύματα, Δημ. Υπηρεσίες κ.λ.π.:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ** ***Ε.Σ.Υ.*** *ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:  Ν.Γ.Ν.ΠΡΕΒΕΖΑΣ.  Π.Ε.Δ.Υ ΠΡΕΒΕΖΑΣ  Κ.Υ.:……………………................... ΩΣ:  Συντονιστής Δ/ντής  Δ/ντής  Αναπλ. Δ/ντής  Επιμελ. Α΄  Επιμ. Β΄,  Επικουρικός  Ειδικευόμενος:……………………………………………  Αποσπασμένος:………………………………* | | | | | |
| ** ***ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΣ****. -  Καθηγητής,  Αναπλ. Καθηγητής,  Επίκουρος Καθηγητής,  Λέκτορας* | | | | | |
| ** ***ΙΑΤΡΟΣ ΠΕΔΥ.*** *Μονάδα: ……….……………………………………. Βαθμός:………………………………..…* | | | | | |
| ***ΕΜΜΙΣΘΟΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ:*** *(π.χ: ΕΟΠΥΥ, ιδ κλινικές, Στρατιωτικοί κλπ)*  *Αναφέρετε την επωνυμία του φορέα: …………………………………………………………………………………………………..*  ***ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ*** *Αναφέρετε την επωνυμία του φορέα:……………………………………………………......*  ***ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΔ. ΦΟΡΕΙΣ*** *(π.χ. ιδ. κλινικές): ……………………………………………………………………………….* | | | | | |
| ** ***ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ ή*** ** ***ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ***  *1ο: Οδός:……………………………….. αρ.:……, περιοχή:……………., Πόλη:……………………., τηλέφωνα:………….……*  *2ο: Οδός:……………………………….. αρ.:……, περιοχή:……………., Πόλη:……………………., τηλέφωνα:………….……*  * Συστεγάζομαι με τον/την ………………………………..  Κοινό ιατρείο/εργαστήριο με τον/την……………………………*  * Διατηρώ κλινική : Οδός:………………………………….. αρ.:………, Πόλη:…………………., τηλέφωνα:………….………*  * ΠΑΡΕΧΩ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΟΥ ΜΕ Δ.Π.Υ. σε ιδιωτ. ή δημ. φορείς: ………………………………………………………*  * ΕΧΩ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ*  *ΕΧΩ ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ:  ΕΟΠΥΥ,  Δ/νση Συγκοινωνιών  Άλλο:………………………………………………………………*  ***ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΊΟ Ή ΠΑΡΕΧΩ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ Ι.Σ. ………………***  *Δεν υπάγομαι σε κάποιο από τα κατά νόμο κωλύματα και ασυμβίβαστα και έχω δικαίωμα άσκησης της ιατρικής με βάση το πτυχίο της ελληνικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστήμιο…………………………… ή αναγνωρισμένο πτυχίο ιατρικής Σχολής Πανεπιστήμιο…………*  *Δεν ευρίσκομαι σε αναστολή ιατρικού επαγγέλματος λόγω πειθαρχικών ποινών όπως προβλέπεται στο άρθρο 322 και δεν έχω στερηθεί της αδείας λόγω μη καταβολής εισφορών όπως προβλέπεται στο άρθρο 315 παρ 2*  ***Είμαι υποχρεωμένος να ανακοινώνω προς τον Ιατρικό Σύλλογο οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων εντός δέκα ημερών από τη μεταβολή****.* | | | | | |
| ***ΑΝΕΡΓΟΙ ΙΑΤΡΟΙ***  *Αναμένω:  έναρξη αγροτικού,  έναρξη ειδικότητας,  συνέχιση ειδικότητας,  εξετάσεις ειδικότητας,  διορισμό σε θέση ΕΣΥ,  άλλος λόγος:………………………………………………………..………………………...*  *Αναφέρετε τον φορέα που αναμένετε να διοριστείτε:.…………………………………………………………………….*  * Εργάζομαι στο εξωτερικό: Χώρα: …………………….. Από το έτος:……………….. θέση:………………………* | | | | | |
| ***ΕΠΙΘΥΜΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ME Ε-MAIL:*** * NAI -  OXI -* ***ME SMS*** * NAI  OXI*  *ΕΠΙΘΥΜΩ να χορηγούνται τα στοιχεία μου σε τρίτους για ενημερωτικούς – επιστημονικούς σκοπούς:  NAI  OXI* | | | | | |
|  | | | | | |
| ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** | | | | *ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:* | ***Ο ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ***  ***Πρέβεζα …../….../……***  *(Υπογραφή)* |
| *ΠΛΗΡΩΜΗ*  *(περίοδος)* | *ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ:* | *ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ*  *ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ* | *ΥΠΟΓΡΑΦΗ*  *ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ:* |