***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:* |