

**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (Ν.Π.Δ.Δ.)**

**ΚΡΙΤΟΒΟΥΛΙΔΟΥ 19 712 01 ΗΡΑΚΛΕΙΟ**

**ΤΗΛ.: 2810 283385 -2810 330193, FAX : 2810 330194**

**Web: [www.ish.gr](http://www.ish.gr/), e-mail: [info@ish.gr](mailto:info@ish.gr)**

**ΕΤΗΣΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΙΑΤΡΟΥ**

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**:

Α.Μ.:

Επώνυμο:  Όνομα:

Όνομα Πατέρα:  Όνομα Μητέρας:

Τόπος Γέννησης:  Χρόνος Γέννησης:

Εθνικότητα:  Υπηκοότητα:

Α.Δ.Τ.:  Α.Φ.Μ.:  Α.Μ. Τ.Σ.Α.Υ.:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Διεύθυνση:  Πόλη:

Τηλέφωνο:  Τ.Κ.:

Email:  Website:

**ΣΠΟΥΔΕΣ:**

Ειδικότητα:

Αριθμός και Χρονολογία λήψης Ειδικότητας:

Εξειδίκευση:

Αριθμός και Χρονολογία λήψης Εξειδίκευσης:

Διδάκτωρ:  Πανεπιστημίου: :

Αρ. και χρονολογία Διδακτορικού τίτλου:

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ:**

Δηλώνω υπεύθυνα σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.1599/1986 ότι παρέχω τις ιατρικές μου υπηρεσίες ως εξής:

* **ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

Χρονολογία έναρξης άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος:

**Διατηρώ Ιατρείο:**

Ταχ.Δ/νση: ……………………………………………………………………….(Αρ. Αδείας:………………….)

**Παρέχω τις υπηρεσίες μου:**

………………………………………………………………………………………………………………………

* **ΈΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ :**

Στ.. ………………………………………ως……………………….. ή □ **ΔΕΝ ΚΑΤΕΧΩ ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ**

* **ΠΑΓΙΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΑΝΤΙΜΙΣΘΙΑ:**

Υπηρετώ ως …………………………………………………στ…………………………………………………….

* **ΛΟΙΠΑ:**……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Αναγνωρίζω ότι η παρούσα υπέχει και θέση υπεύθυνης δήλωσης του Αρ. 8 του Ν. 1599/1986.**

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή**.

  Ημερομηνία /Υπογραφή