****

**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΞΑΝΘΗΣ**

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ …………………………………………………………….**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται µε αυτή τη δήλωση µπορεί να ελεγχθεί µε βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

 (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήµατος: «Αναγγελία έναρξης λειτουργίας** **ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.»** **………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** |  **ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΞΑΝΘΗΣ** | **ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:** (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Όνοµα: |  | Επώνυµο: |  |
| Όνοµα Πατέρα: |  | Επώνυµο Πατέρα: |  |
| Όνοµα Μητέρας: |  | Επώνυµο Μητέρας: |  |
| Όνομα Συζύγου |  | Επώνυμο Συζύγου |  |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:\* |  | Α.Φ.Μ\* |  |  Αριθ. Άδειας  Οδήγησης:\* |  |
| Ημερ έκδοσης\* |  |
| Αρχή έκδοσης\* |  |
| Αριθ. Διαβατηρίου:\* |  | Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:\* |  | Ιθαγένεια: |  |
| Ηµεροµηνία γέννησης: |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος Κατοικίας | Χώρα: |  | Πόλη: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Τηλ: |  | Fax: |  | E – mail: |  |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:**

|  |
| --- |
| Επωνυμία: |
| Αρ. Καταστατικού: | Έτος Ίδρυσης: |
| Αρ. και έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημερομηνία καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ και ΕΕ): |  |
| Α.Φ.Μ.:  | Δ.Ο.Υ.: |
| Έδρα  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Δήμος / Κοινότητα: | Νομός: |  |
| Τηλ: |  | Fax: |  | E – mail: |  |

|  |
| --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[[1]](#footnote-1) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)**: Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόµιση εξουσιοδότησης µε επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δηµόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου. |
| ΟΝΟΜΑ: |  | ΕΠΩΝΥΜΟ: |  |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: |  | ΑΔΤ: |  |
| ΟΔΟΣ: |  | ΑΡΙΘ: |  | Τ.Κ: |  |
| Τηλ: |  | Fax: |  | E – mail: |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Επωνυμία επιχείρησης: |
| Εγκεκριμένος Τίτλος (αν υπάρχει):  |
| Διεύθυνσηεπιχείρησης  | Δήμος/Κοινότητα: |  | Οδός: |  | Αριθ.: |  | ΤΚ: |  |
| Α.Φ.Μ. :  |  | Δ.Ο.Υ.:  |
| Τηλ: | Fax: | E – mail: |

**Παρακαλώ για την χορήγηση αναγγελίας έναρξης λειτουργίας φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.** **…………………………………………………………………………………………….**

**Με ατοµική µου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις[[2]](#footnote-2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

**«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)**

**2. Εξουσιοδοτώ τον ΙΣΞ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής µου.**

**3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………»**

|  |
| --- |
| **Επιλέξτε µε ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:** |
| 1. Να σας αποσταλεί µε συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση: 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία µας 3. Να την παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.: 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:  |

|  |  |
| --- | --- |
|  …………………..(Ημερομηνία) |   Ο/Η αιτών/ούσα  (Σφραγίδα-υπογραφή) |

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά µε έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιµωρείται µε φυλάκιση τουλάχιστον τριών µηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται µε κάθειρξη µέχρι 10 ετών». [↑](#footnote-ref-2)