

**ΔΗΛΩΣΗ**  
**ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΞΑΝΘΗΣ**

**A.M.ΕΤΑΑ.....**  
**A.M. ΙΣΕ .....**

ΕΠΩΝΥΜΟ.....ΟΝΟΜΑ.....ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ .....  
 ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ.....ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ.....ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ.....  
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ .....ΑΡ..... Τ.Κ. –ΠΟΛΗ .....  
 ΤΗΛ.....ΚΙΝ.....FAX.....ΠΑΙΡΝΩ ΣΥΝΑΞΗ..... ΝΑΙ - ΟΧΙ  
 ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ..... ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....  
 E-MAIL.....ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ.....RHESUS.....

Δηλώνω υπεύθυνα σύμφωνα με τις διατάξεις : α) του άρθρου 7-10 του Β.Δ. 11-1-57/7-11-57((περί τροποποίησης ,συμπλήρωσης και κωδικοποίησης των περί Ιατρικών Συλλόγων και Πειθαρχικών Συμβουλίων διατάξεων του Α.Ν. 1565/59 , όπως τροποποιήθηκε από το Ν.Δ. 3895/58 και λοιπούς νόμους β) του νόμου 1397/83 περί ΕΣΥ και τις τροποποιήσεις αυτών και γ) εν γνώσει των συνεπειών του Νόμου για τις ψευδείς δηλώσεις ενώπιον Δημόσιας Αρχής ότι : 1. Ασκώ το Ιατρικό Επάγγελμα στην Περιφέρεια του Ι.Σ.Ξ. 2. Δεν είμαι γραμμένος σε άλλον Ι.Σ. της ημεδαπής ή αλλοδαπής . 3. Δεν υπάγομαι στα κωλύματα που προβλέπονται στις διατάξεις των άρθρων 5,6,7, του Α.Ν . 1565/59 και στο άρθρο 3 του από 11.10.57/5.11.57 Β.Δ.

**\*ΚΛΑΔΟΣ ΙΑΤΡΩΝ Ε.Σ.Υ.\* ΠΛΗΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ \* ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΙ**  
 Υπηρετώ ως ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ  ΑΝΑΠΛ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ  ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α  ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β  στο  
 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ..... ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ..... Ι.Κ.Α. ....  
 ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΑΙ στην ..... στο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ .....

**\* ΙΑΤΡΟΙ ΜΕ ΠΑΓΙΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΑΝΤΙΜΙΣΘΙΑ**

Παρέχω τις ιατρικές μου υπηρεσίες στα παρακάτω νομικά πρόσωπα Δημοσίου ή ιδιωτικού Δικαίου π.χ. ΙΚΑ – Πανεπ/κοί- Μόνιμοι Υγειον. Αξ/κοί- Τράπεζες- Δημόσιο  
 -Ιδιωτ. Κλινικές – ΤΑΑΕΕ - Ασφαλ. Εταιρίες κλπ. ΔΗΛΩΣΤΕ ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ  
 α) ..... β) .....  
 ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ : ΟΔΟΣ ..... ΑΡΙΘ.....  
 Τ.Κ ..... ΠΕΡΙΟΧΗ ..... ΤΗΛ ΙΑΤΡΕΙΟΥ .....

Δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι στην διάθεση των προσωπικών δεδομένων μου (ειδικότητα, Τίτλοι, Δ/νση, Τηλέφωνο ) που τηρούνται στον Ι.Σ.Ξ. για ενημερωτικούς, επιστημονικούς ή άλλους σκοπούς καθώς και για την έκδοση επετηρίδας του Ι.Σ.Ξ.  
**Σημείωση** : Σε περίπτωση που δεν συγκατατίθεστε σημειώσατε X στο τετραγωνίδιο

**\* ΙΑΤΡΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ : ΟΔΟΣ ..... ΑΡΙΘ.....  
 Τ.Κ ..... ΠΕΡΙΟΧΗ ..... ΤΗΛ ΙΑΤΡΕΙΟΥ .....

**ΕΧΩ ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΑ ΙΔΙΩΤ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ (ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ)**  
 Δηλώστε ονομαστικά  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**\* ΙΑΤΡΟΙ ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ**

ΥΠΗΡΕΤΩ ΤΗΝ ΘΗΤΕΙΑ ΜΟΥ  ΕΥΡΙΣΚΟΜΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ  
 ΑΝΑΜΟΝΗ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ Χώρα..... Έτος.....  
 ΑΝΑΜΟΝΗ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ Λόγω.....  
 ΠΡΟΣΩΡΙΝΑ ΑΝΕΡΓΟΣ

**\* ΔΕΝ ΥΠΑΓΟΜΑΙ ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΧΩ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΩΣ ΆΜΙΣΘΟΣ η ΈΜΜΙΣΘΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ** .....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
Εισφορά έτους	Αρ. αποδείξης	Ποσό	Ημερ/νία	Υπογραφή υπαλλήλου

Δηλώνω υπεύθυνα ότι υποχρεούμαι να δηλώσω κάθε μεταβολή των ανωτέρω στοιχείων που θα επέλθει στο μέλλον.  
**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ**