



**ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ  
ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΕΒΡΟΥ**

N . 4512/18-01-2018

ΑΠ. ....  
ΗΜ/ΝΙΑ .....

ΑΡΙΘ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΣΕ ..... ΗΜ. ΕΓΓΡΑΦΗΣ: .....

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b>	<b>Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ</b>		
<b>ΟΝΟΜΑ:</b>	<b>ΟΔΟΣ:</b>	<b>ΑΡ.:</b>	
<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:</b>	<b>ΠΟΛΗ:</b>	<b>τ.κ.:</b>	<b>Τ.Θ.:</b>
<b>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:</b>	<b>ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ:</b>		
<b>ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:</b>	<b>ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:</b>		
<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:</b>	<b>Email:</b>		
<b>ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:</b>	<b>ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:</b>	<b>ΑΜΚΑ:</b>	<b>ΤΣΑΥ:</b>
<b>ΑΦΜ:</b>	<b>ΑΡ.ΑΣΤΥΝ. / ΓΕΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:</b>		
<b>ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ :</b>	<b>Διδακτορικό:</b> <input type="checkbox"/> <b>Μεταπτυχιακό:</b> <input type="checkbox"/> <b>Θα καταθέσω αντίγραφα</b>		

**ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΣΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:** .....  Συντονιστής Δ/ντής  Δ/ντης  
 Επιμ. Α'  Επιμ. Β'  Επικουρικός  Ειδικευόμενος στην ..... έως .....  
 ΠΕΔΥ:.....  Κ.Υ.: .....  ΥΠ.ΥΠΑΙΘΡΟΥ.....  ΥΠΕ ..... **ΑΛΛΟ**  .....

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΣ:** Τακτικός Καθηγητής  Αναπληρωτής Καθηγητής  Επίκουρος Καθηγητής  Λέκτορας

**ΣΤΡΑΤΟΣ** .....

**ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ**  **ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ**  **ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ**

α) Οδός ..... αρ..... Πόλη . ..... τ.κ. ....... τηλ.....  
 β) Οδός ..... αρ..... Πόλη . ..... τ.κ. ....... τηλ.....  
 Κοινό ιατρείο με τον ιατρό .....  Συστεγασμένο ιατρείο με τον ιατρό.....  
 ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ και δηλώνω την οικία μου ως επαγγελματική μου έδρα

**ΠΑΡΕΧΩ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΟΥ ΣΕ:**  
 φυσικό πρόσωπο  Νομικό πρόσωπο  με πάγια αντιμισθία  κατ' αποκοπήν  ανά επίσκεψη   
 Επωνυμία φυσικού ή νομικού προσώπου :..... Διεύθυνση: .....

**ΠΑΡΕΧΩ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΛΛΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ :** .....  
 Ως .....

**ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ:** ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ  Υ.ΕΘ.Α.  ΑΛΛΟ ΤΑΜΕΙΟ .....

**ΑΛΛΟ** .....

**ΓΙΑΤΡΟΙ ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ**

Δεν εργάζομαι προσωρινά **Είμαι σε αναμονή για:** έναρξη ειδικότητας  συνέχιση ειδικότητας  εξετάσεις ειδικότητας  αγροτικό  Άλλος λόγος .....

Βρίσκομαι στο ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ: Χώρα ..... Έτος ..... Λόγω .....

- Ενημερώθηκα ότι ο Ιατρικός Σύλλογος τηρεί Αρχείο Προσωπικών Δεδομένων των μελών του, ότι τα άνω στοιχεία αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας και διατίθενται βάσει της εθνικής και της ευρωπαϊκής νομοθεσίας στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, μέσω της Πλατφόρμας Διασύνδεσης Ι.Σ.-ΠΙΣ..
- Ενημερώθηκα ότι θα μου αποστέλλονται ενημερώσεις για τις σημαντικές δράσεις του Συλλόγου για τη διασφάλιση των επαγγελματικών συμφερόντων των ιατρών και για την προαγωγή της υγείας
- Ενημερώθηκα για το σκοπό τήρησης και επεξεργασίας του αρχείου, τους αποδέκτες, το δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα που με αφορούν, διόρθωσης, αντίρρησης, διαγραφής, σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων.
- βεβαιώνω ότι δεν υπάγομαι σε κάποιο από τα κατά νόμο κωλύματα και ασυμβίβαστα και ότι έχω δικαίωμα άσκησης της ιατρικής με βάση πτυχία και τίτλους ελληνικών ιατρικών σχολών ή κατά νόμο αναγνωρισμένων αλλοδαπών.
- βεβαιώνω ότι δεν βρίσκομαι σε αναστολή ιατρικού επαγγέλματος λόγω πειθαρχικών ποινών, όπως προβλέπονται στο άρθρο 322, και δεν έχω στερηθεί της άδειας λόγω μη καταβολής εισφορών, όπως προβλέπεται στο άρθρο 315 παράγραφος 2.

**ΑΡΝΟΥΜΑΙ** την διάθεση των προσωπικών μου δεδομένων  **ΑΡΝΟΥΜΑΙ** την αποστολή sms  και e-mail.

Αλεξανδρούπολη .... / ..... / .....  
Υπογραφή Ιατρού