

ΑΡΙΘΜ. ΦΑΚΕΛΟΥ.....

ΑΡΙΘΜ. ΜΗΤΡΩΟΥ.....



ΕΤΟΣ.....

ΕΤΗΣΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

(Σύμφωνα με το άρθρο 296 του Ν. 4512 (ΦΕΚ 5/17-1-2018 τΑ')

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ιατρός δηλώ υπευθύνως και εν γνώσει των συνεπειών του Νόμου ότι τα ακριβή στοιχεία μου είναι :

ΕΠΩΝΥΜΟ	Αρ.Μητρώου ΕΦΚΑ (ΕΤΑΑ-ΤΥ)
ΟΝΟΜΑ	ΑΜΚΑ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	Α.Φ.Μ
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	Α.Δ.Τ. Ημ. Έκδοσης.
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Σταθερό οικίας: *2ο Σταθ.Τηλ.:.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Τηλ.Εργασίας:
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ/ ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ	Κινητό τηλ:
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Email:
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Οδός : Αριθμ.:
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ	ΤΚ.: Πόλη:.....

Δηλώνω, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4512/2018, ότι παρέχω τις ιατρικές μου υπηρεσίες:

ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ <input type="checkbox"/>	ΟΙΚΙΑ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΔΡΑ <input type="checkbox"/>
α)οδός.....	αριθμ.....	ΤΚ..... Τηλ.....
β)οδός.....	αριθμ.....	ΤΚ..... Τηλ.....
Συστεγάζομαι με τον/την.....Κοινό ιατρείο/εργαστήριο με τον/την.....		

ΩΣ ΙΑΤΡΟΣ Ε.Σ.Υ.-ΔΗΜΟΣΙΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ..... ή ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ..... ή ΤΟΜΥ.....

Διευθυντής Αναπλ. Διευθυντής Επιμελητής Α' Επιμελητής Β'

Επικουρικός Αγροτικός

Εξειδικευόμενος Εξειδικεύομενος

ΩΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....

ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

Καθηγητής Αναπληρωτής Επίκουρος Λέκτορας

ΕΜΜΙΣΘΟΣ : ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ:

• **ΩΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ** στο Νοσοκομείο/στη Μονάδα.....

• **ΩΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ**

Στην ιδιωτική κλινική.....

Στον φορέα πρωτοβάθμιας υγείας.....
(Φυσικά ή Νομικά πρόσωπα π.χ. Ιατρεία/Εταιρείες/Εργαστήρια/Πολυϊατρεία)

ΆΛΛΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ

Στην ιδιωτική κλινική.....

Στον φορέα πρωτοβάθμιας υγείας.....

Με πάγια αντιμισθία Κατ' αποκοπή Ανά επίσκεψη

ΠΑΡΕΧΩ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ:
και είμαι μέλος του Ειδικού Μητρώου του.

ΕΙΜΑΙ ΜΕΤΟΧΟΣ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ή ΕΤΑΙΡΕΙΑ:

ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΠΟ:.....

ΓΙΑΤΡΟΙ ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ

*ΠΡΟΣΩΡΙΝΑ ΑΝΕΡΓΟΣ *ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΘΗΤΕΙΑ ΑΝΑΜΟΝΗ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ

ΑΝΑΜΟΝΗ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ/ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΜΟΝΗ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ: ΧΩΡΑ :.....ΑΠΟ ΕΤΟΣ..... ΛΟΓΩ.....

*(απαραίτητη προσκόμιση σχετικής Βεβαίωσης)

Βεβαιώ ότι ασκώ πράγματι το λειτούργημα του ιατρού, 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. Επίσης βεβαιώ ότι δεν βρίσκομαι σε αναστολή ιατρικού επαγγέλματος λόγω πειθαρχικών ποινών, όπως προβλέπονται στο άρθρο 322 του Ν.4512/2018 και δεν έχω στερηθεί της άδειας λόγω μη καταβολής εισφορών, όπως προβλέπεται στο άρθρο 315 παράγραφος 2 του ίδιου νόμου.

Δηλώνω τέλος, ότι υποχρεούμαι σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία να ανακοινώνω προς τον Ιατρικό Σύλλογο οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων μου εντός δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την ημέρα της μεταβολής.

Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία					Ο ΔΗΛΩΝ / Η ΔΗΛΟΥΣΑ ΛΑΡΙΣΑ...../...../.....
ΠΛΗΡΩΜΗ	ΑΡΙΘ.ΓΡΑΜ.	ΠΟΣΟ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	
				ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ	(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)