

Γ)ΓΙΑΤΡΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ: ΟΔΟΣ..... | ΑΡΙΘ..... |
| ΠΕΡΙΟΧΗ..... | Τ.Κ..... ΤΗΛ..... |
| 2. Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ: ΟΔΟΣ..... | ΑΡΙΘ..... |
| ΠΕΡΙΟΧΗ..... | Τ.Κ..... ΤΗΛ..... |
| | |
| | |
| 3.ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΑΙ ΜΕ ΙΔΙΩΤ. ΚΛΙΝΙΚΗ/ ΔΙΑΓΝ.ΕΡΓΑΣΤ..... | |
| | |

2) Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως εγγεγραμμένο μέλος του Ιατρικού Συλλόγου Λάρισας στο Ειδικό Μητρώο Μελών είναι:

Α)ΚΛΑΔΟΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΕΣΥ ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΑΠΟΣΠΑΣΗ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	ΤΜΗΜΑ.....
(σύμφωνα με την παρ 4.αρθρ 293Ν.4512/17-01-2018 (ΦΕΚ5 τ.Α΄) απαλλάσσονται από την υποχρέωση καταβολής εισφοράς)	

Β)ΓΙΑΤΡΟΙ ΜΕ ΠΑΓΙΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΑΝΤΙΜΙΣΘΙΑ

Παρέχω τις ιατρικές μου υπηρεσίες στα παρακάτω Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου.

ΔΙΑΓΝΩΣΤ.ΕΡΓΑΣΤ:.....
ΕΠΙΣΤ/ΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ.....
ΙΔΙΩΤ.ΚΛΙΝΙΚΕΣ:
ΕΠΙΣΤ/ΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ.....
ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ:
ΑΛΛΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:

Γ)ΓΙΑΤΡΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ: ΟΔΟΣ..... | ΑΡΙΘ..... |
| ΠΕΡΙΟΧΗ..... | Τ.Κ..... ΤΗΛ..... |
| 2.ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΑΙ ΜΕ ΙΔΙΩΤ. ΚΛΙΝΙΚΗ/ ΔΙΑΓΝ.ΕΡΓΑΣΤ..... | |
| | |

Γ) ΔΕΝ ΥΠΑΓΟΜΑΙ ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΧΩ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΩΣ ΑΜΙΣΘΟΣ ή ΕΜΜΙΣΘΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Εφόσον κάποια στοιχεία από τα παραπάνω στοιχεία στην παρούσα δήλωση , την οποία αποδέχομαι ότι έχει ισχύ υπευθύνου δηλώσεως με τις συνέπειες του νόμου, τροποποιηθούν υποχρεούμαι να ενημερώσω τον Ιατρικό Σύλλογο Λάρισας εντός αποκλειστικής προθεσμίας 10 ημερών.

ΛΑΡΙΣΑ.....

Ο/Η Δηλ.....