

Αριθ.Πρωτ.:.....

Ημερ.:.....

(Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ Ι.Σ.ΛΑΡΙΣΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

Α.Δ.Τ.....

ΑΜΚΑ:.....

ΕΦΚΑ (ΕΤΑΑ-ΤΥ).....

Α.Φ.Μ. ....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝ/ΣΗΣ:.....

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:.....

ΟΔΟΣ:..... ΑΡΙΘ.:.....

Τ.Κ.:.....

Σταθ.Τηλ.:.....

\*2° Σταθ.Τηλ.....

(Σε περίπτωση μη δυνατότητας επικοινωνίας μαζί σας)

ΚΙΝ.:.....

## ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΛΑΡΙΣΑΣ «Ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» (Ν.Π.Δ.Δ.)

Δ/ση: 28<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 43 - 41223 ΛΑΡΙΣΑ  
Τηλ. & FAX : 2410/287777

Σας παρακαλώ να κάνετε τις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να εγγραφώ στο **Ειδικό Μητρώο** του Συλλόγου σας.

Προς τούτο σας καταθέτω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά

1. Βεβαίωση (πρόσφατη) Ιατρικού Συλλόγου του οποίου είμαι ενεργό μέλος από την οποία να προκύπτουν τυχόν μεταβολές ΙΣ, πιθανές ποινικές ή πειθαρχικές καταδίκες
2. Βεβαίωση (πρόσφατη) Ιατρικού Συλλόγου του οποίου είμαι μέλος ειδικού μητρώου από την οποία να προκύπτουν πιθανές ποινικές ή πειθαρχικές καταδίκες. (Μόνο αν ο ιατρός είναι & μέλος ειδικού μητρώου άλλου Συλλόγου)
3. Αντίγραφο Πτυχίου
4. Άδεια ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος
5. Τίτλος ειδικότητας
6. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας
7. Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ
8. Καταβολή ετήσιας εισφοράς (80,00 €)
9. Απόφαση απόσπασης/μετακίνησης από Υπηρεσία προς δημόσια δομή περιφέρειας ΙΣ Λάρισας (Ισχύει μόνο για δημόσιους λειτουργούς που εργάζονται με απόσπαση)
10. Δήλωση (Χορηγείται από την Υπηρεσία)
11. Δελτίο Εγγραφής (Χορηγείται από την Υπηρεσία)
12. Υπ.Δήλωση(Χορηγείται από την Υπηρεσία)
13. ....

ΛΑΡΙΣΑ ...../...../ 20.....

..... ΑΙΤ.....

(Υπογραφή)

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και

ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΗ