



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ - ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΕΡΡΩΝ- Ν.Π.Δ.Δ.
ΤΣΑΛΟΠΟΥΛΟΥ 12 – ΣΕΡΡΕΣ – Τ.Κ. 62122 Τηλ: 23210 22202 - Fax: 23210 22910 e-mail: iatr-ser@otenet.gr

ΕΤΗΣΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΙΑΤΡΟΥ (Ν. 4512/18, άρ. 296)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω τα παρακάτω:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνομα:	Επώνυμο:		
Όνομα πατρός:	Όνομα μητρός:		
Τόπος γέννησης:	Έτος γέννησης:	Ιθαγένεια:	
A.M. Ιατρικού Συλ. Σερρών:	A.Δ.Τ.:		
A.Φ.Μ.:	A.M.K.A.:	A.M. Τ.Σ.Α.Υ.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Διεύθυνση κατοικίας	Προτιμώμενη ταχυδρομική διεύθυνση <input type="checkbox"/>		
Οδός:	Αρ.:	T.K.:	Πόλη:
Διεύθυνση Ιατρείου(αν υπάρχει)	Προτιμώμενη ταχυδρομική διεύθυνση <input type="checkbox"/>		
Οδός:	Αρ.:	T.K.:	Πόλη:
Σταθερό τηλέφωνο:	Κινητό τηλέφωνο:	Fax:	
Ηλεκτρονική διεύθυνση:	Ιστοσελίδα:		

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ασκώ νομίμως την Ιατρική ειδικότητα:
Και την εξειδίκευση:
Διαθέτω μεταπτυχιακό τίτλο:
Διαθέτω διδακτορικό τίτλο:
Διαθέτω πανεπιστημιακό τίτλο:
Άλλο:

ΓΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ

Ασκώ το λειτούργημα του Ιατρού:

Διατηρώντας προσωπικό Ιατρείο <input type="checkbox"/>
Από κοινού με άλλον Ιατρό <input type="checkbox"/> Ονοματεπώνυμο αυτού:
Σε ιδιωτικό φορέα παροχής Π.Φ.Υ. <input type="checkbox"/> Επωνυμία φορέα:

Παρέχω τις υπηρεσίες μου:

Σε φυσικό πρόσωπο <input type="checkbox"/>	Ονοματεπώνυμο αυτού:	Διεύθυνση:
Σε νομικό πρόσωπο <input type="checkbox"/>	Επωνυμία αυτού:	Διεύθυνση:
Με πάγια μην. αντιμισθία <input type="checkbox"/> Ποσό €:	Κατ' αποκοπή <input type="checkbox"/> Ποσό €:	Ανά επίσκεψη <input type="checkbox"/> Ποσό €:

ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ

Υπηρετώ ως:

Πανεπιστημιακός διδάσκαλος <input type="checkbox"/>	Ιατρός Ε.Σ.Υ. <input type="checkbox"/>	Επικουρικός Ιατρός <input type="checkbox"/>
Στρατιωτικός Ιατρός <input type="checkbox"/>	Ιατρός Τ.Ο.Μ.Υ. <input type="checkbox"/>	Ιατρός Π.Ε.Δ.Υ. <input type="checkbox"/>
Ειδικευόμενος Ιατρός <input type="checkbox"/>	Εξειδικευόμενος <input type="checkbox"/>	Αγροτικός Ιατρός <input type="checkbox"/>
Εκπαιδευτικός Μ.Ε. <input type="checkbox"/>	Εποπτικός – διοικητικός υπάλληλος <input type="checkbox"/>	
Ερευνητής – υπότροφος <input type="checkbox"/>	Άλλη ιδιότητα <input type="checkbox"/> προσδιορίστε:	

Οργανισμός στον οποίο υπηρετώ:

Νοσοκομείο:	Κλινική ή τμήμα:
Κέντρο Υγείας:	Περιφερειακό Ιατρείο:
Άλλη Δημόσια Υπηρεσία:	
Βαθμός:	Θέση:

ΑΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Λαμβάνω σύνταξη <input type="checkbox"/> από τον ασφαλιστικό φορέα:	μηνιαίου ποσού €:
---	-------------------

Παρέχω υπηρεσίες είτε πρωτοβάθμιας είτε δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και στους παρακάτω συλλόγους:

ΔΗΛΩΣΕΙΣ

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 του Νόμου 4512/2018, και δεν έχω στερηθεί την άδεια άσκησης επαγγέλματος λόγω μη καταβολής εισφορών, όπως προβλέπεται στο άρθρο 315 §2 του ίδιου Νόμου.

Μου γνωστοποιήθηκε η βάσει νόμου (Ν. 4461/2017, Αρ. 51) υποχρέωση του Ιατρικού Συλλόγου Σερρών να παρέχει μέσω ηλεκτρονικής διασύνδεσης προσωπικά μου δεδομένα στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Στα εν λόγω προσωπικά δεδομένα περιλαμβάνονται υποχρεωτικά: ονοματεπώνυμο, ημερομηνία γέννησης, διεύθυνση, τηλέφωνα επικοινωνίας, διευθύνσεις ηλεκτρονικής αλληλογραφίας, ΑΦΜ, ΑΜΚΑ, αριθμός δελτίου ταυτότητας, αριθμός μητρώου εγγραφής, άλλοι αριθμοί ταυτοποίησης που διατίθενται από το κράτος, καθώς και ημερομηνίες εγγραφής και διαγραφής από ιατρικούς συλλόγους, ημερομηνίες εγγραφής σε ειδικά μητρώα ιατρικών συλλόγων, ενημερότητα εισφορών προς τους ιατρικούς συλλόγους και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, συμβάσεις με ασφαλιστικούς οργανισμούς, εργασιακή κατάσταση σε οποιοδήποτε τομέα απασχόλησης, όπως Ε.Σ.Υ., Α.Ε.Ι.-μέλη Δ.Ε.Π., Π.Ε.Δ.Υ., στρατιωτικοί γιατροί, γιατροί υπηρεσίας υπαίθρου, λήψη πτυχίων ημεδαπής ή αλλοδαπής, αναγνώριση από ΔΟΑΤΑΠ, ειδικότητα αν υπάρχει, νόμιμες εξειδικεύσεις, καθώς και κάθε πειθαρχική ποινή ή οποιαδήποτε άλλη μεταβολή του γιατρού καθ' όλη τη διάρκεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Συγκατατίθεμαι για τη συλλογή, τήρηση, επεξεργασία και διαβίβαση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην παρούσα δήλωσή μου, με σκοπό την εκπλήρωση των νόμιμων υποχρεώσεων του Ιατρικού Συλλόγου Σερρών.

Επιθυμώ να λαμβάνω στην ηλεκτρονική μου διεύθυνση ενημερώσεις και ειδοποιήσεις από τον Ιατρικό Σύλλογο Σερρών: ΝΑΙ - ΟΧΙ

Επιθυμώ να λαμβάνω στο κινητό μου τηλέφωνο μέσω γραπτών μηνυμάτων ενημερώσεις και ειδοποιήσεις από τον Ιατρικό Σύλλογο Σερρών: ΝΑΙ - ΟΧΙ

Επιθυμώ να αναρτηθούν στο ιστοσελίδα του Ιατρικού Συλλόγου Σερρών τα επαγγελματικά στοιχεία μου, δηλαδή ονοματεπώνυμο, ειδικότητα, τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό και κινητό), διεύθυνση ιατρείου - επαγγελματικής έδρας: ΝΑΙ - ΟΧΙ

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα για την ύπαρξη δικαιώματος ανάκλησης της ως άνω χορηγηθείσας συγκατάθεσής μου. Αναγνωρίζω ότι η παρούσα υπέχει και θέση υπεύθυνης δήλωσης του Αρ. 8 του Νόμου 1599/1986.

Δηλώνω ότι θα ανακοινώσω προς τον Ιατρικό Σύλλογο **οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων μου** εντός δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την ημέρα της μεταβολής.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, **δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή.**

Σέρρες, _____ 20__

Υπογραφή:

ΠΑΛΙΕΣ ΟΦΕΙΛΕΣ

Ενημερώθηκα από το Σύλλογο ότι οι συνολικές παλιές οφειλές μου ανέρχονται στο ποσό των €:
Και αφορούν τα έτη (χωρίς το 2019):

Για το ποσό αυτό ζητώ από το Διοικητικό Συμβούλιο να ρυθμίσει διακανονισμό με καταβολή 50€ κατά μήνα (από τον προσεχή Μάρτιο μέχρι την τελική του εξόφληση).

Σέρρες, _____ 20__

Υπογραφή:

Αυτή είναι μια εικόνα του σημείου επιλογής, την οποία μπορείτε να αντιγράψετε και να επικολλήσετε όσες φορές θέλετε πάνω στα αντίστοιχα κουτάκια: ✓ π.χ.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΛΛΟΓΟ

Αρ. απόδειξης καταβολής εισφοράς 2019:	Υπόλοιπο προηγούμενων ετών €:	
Παραδόθηκε: Α.Π.	Ημ/νία:	Φωτογραφία <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις:	Υπογραφή γραμματέως:	
Παραδόθηκε ταυτότητα <input type="checkbox"/>	Ημ/νία:	Υπογραφή παραλαβόντος Ιατρού: