

Αρ.Πρωτ.:.....

Ημερομηνία/...../.....

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ ΙΣΤ ΜΕΛΩΝ ΑΛΛΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ &
ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμέν....

Γιατρός (ειδικότητα), μόνιμος κάτοικος

οδός τηλ.

κιν. και μέλος του ΙΣ.....

E-mail: ΑΦΜ.....ΑΔΑΤ.....

ΑΜΚΑ..... ΤΣΑΥ

Α ι τ ο ύ μ α ι

σύμφωνα με απόφαση του ΔΣ του Συλλόγου σας, την εγγραφή μου στα μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου σας, **στο ειδικό μητρώο μελών άλλων Ιατρικών Συλλόγων**, προκειμένου να υπάγομαι στον πειθαρχικό σας έλεγχο για τις πράξεις και παραλείψεις που ενδεχόμενα θα λάβουν χώρα κατά την επαγγελματική μου δραστηριότητα στην περιφέρεια του Ι.Σ. Τρικαλών.

Τελώ σε γνώση του γεγονότος ότι τα ειδικότερα δικαιώματα και υποχρεώσεις μου με την παραπάνω ιδιότητά μου καθορίζονται με σχετική νομοθετική ρύθμιση. Σας δηλώνω:

1. Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του Ιατρικού Συλλόγου (**αναγράφεται ο Ι.Σ. όπου ανήκει ο ιατρός**) είναι:

.....
.....
.....
.....

2. Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του Ιατρικού Συλλόγου Τρικάλων είναι:

.....
.....
.....
.....

Εφόσον κάποια από τα παραπάνω στοιχεία, τα οποία θέτω σε γνώση σας με την παρούσα δήλωση, η οποία αποδέχομαι ότι έχει την ισχύ υπευθύνου δηλώσεως με τις συνέπειες του νόμου, τροποποιηθούν υποχρεούμαι να σας ενημερώσω εντός αποκλειστικής προθεσμίας 30 ημερών.

Ημερομηνία.....

Ο/Η Δηλ