

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ  
Ν. Π. Δ. Δ.

MEDICAL ASSOCIATION OF TRIKALA

Βύρωνος 17 Τρίκαλα ΤΗΛ: 2431028805 \*FAX:2431028805  
e-mail:iatr70@otenet.gr

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (αναγράφεται ο φορέας)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών  
(άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ:	ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚ. ..... (Συμπληρώνεται από τον Ιατρικό Σύλλογο)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ..... (Συμπληρώνεται από τον Ιατρικό Σύλλογο)
-------	-----------------------------	---	---

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Όνομα:			Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:*		Α.Φ.Μ.		Αριθ. Άδειας Οδήγησης:*
Αριθ. Διαβατηρίου:*		Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:*		Ιθαγένεια:
Ημερομηνία γέννησης:			Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:			Πόλη:
Οδός:		Αριθ:		TK:
Τηλ:		Fax:		E - mail:

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:

Επωνυμία:				
Αρ. Καταστατικού:			Έτος Ίδρυσης:	
Αρ. και έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημερομηνία καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ και ΕΕ):				
Α.Φ.Μ.:			Δ.Ο.Υ.:	
Έδρα	Οδός:		Αριθ:	TK:
Δήμος / Κοινότητα:			Νομός:	
Τηλ:		Fax:		E - mail:

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ1 (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):** Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

<b>ΟΝΟΜΑ:</b>		<b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b>			
<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:</b>		<b>ΑΔΤ:</b>			
<b>ΟΔΟΣ:</b>		<b>ΑΡΙΘ:</b>		<b>T.K:</b>	
<b>Τηλ:</b>		<b>Fax:</b>		<b>E - mail:</b>	

**Παρακαλώ για την χορήγηση αναγγελίας έναρξης λειτουργίας φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.**

**(αναγράφεται ο φορέας).....**

<b>Επωνυμία επιχείρησης:</b>				
<b>Εγκεκριμένος τίτλος (εάν υπάρχει) :</b>				
<b>Δ/ση Επιχείρησης:</b>	<b>Λήμος/ Κοινότητα:</b>	<b>Οδός:</b>	<b>Αριθμ.:</b>	<b>T.K.</b>
<b>A.Φ.Μ.</b>			<b>Δ.Ο.Υ.</b>	
<b>Τηλ.:</b>		<b>Fax:</b>		<b>E-mail:</b>

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>2</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

**«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)**

**2. Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.**

**3.....»**

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση;
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.:
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

.....  
(Ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(Σφραγίδα-υπογραφή)

2 «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».