



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ (Ν.Π.Δ.Δ.)  
 ΒΥΡΩΝΟΣ 17 42131 ΤΡΙΚΑΛΑ  
 ΤΗΛ.: 2431028805, FAX : 2431028805  
 Web: [www.istrikala.gr](http://www.istrikala.gr), e-mail: [iatr70@otenet.gr](mailto:iatr70@otenet.gr)

## ΕΤΗΣΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΙΑΤΡΟΥ

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Α.Μ.ΙΣΤ:

Επώνυμο:

Όνομα Πατέρα:

Τόπος Γέννησης:

Εθνικότητα:

Α.Δ.Τ.:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

Email:

Όνομα:

Όνομα Μητέρας:

Χρόνος Γέννησης:

Υπηκοότητα:

Α.Φ.Μ.:

A.M. T.C.A.Y.:

Πόλη:

T.K.:

Website:

### ΣΠΟΥΔΕΣ:

Πτυχίο:

Αριθμός και Χρονολογία Πτυχίου:

Ειδικότητα:

ΑΑΕ (περιφέρεια-Νομαρχία)

Αριθμός και Χρονολογία

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

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 παρέχω τις ιατρικές μου υπηρεσίες ως εξής:

Ασκώ νομίμως την Ειδικότητα της .....

Και την εξειδίκευση της .....

Διατηρώ:  Μεταπτυχιακό τίτλο:.....

Διδακτορικό τίτλο: .....

#### • ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ-ΠΕΔΥ-ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ

Υπηρετώ ως  Διευθυντής  Επιμελητής Α'  Επιμελητής Β'  Επικουρικός  Αγροτικός

Στο  Νοσοκομείο.....  στο Κέντρο Υγείας.....  Στο ΠΕΔΥ

Ειδικεύομαι στην ..... στο Νοσοκομείο.....

#### ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΣ

Καθηγητής  Αναπλ. Καθηγητής  Επικουρος Καθηγητής  Λέκτορας

#### • ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ

Ασκώ το λειτούργημα του ιατρού, διατηρώντας προσωπικό ιατρείο :

ή από κοινού με τον ιατρό .....(ονοματεπώνυμο)

1. Ταχ.Δ/ση: .....(Αρ. Αδείας:.....)

2. Ταχ. Δνση: .....

ή άλλο ιδιωτικό φορέα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....

#### • ΠΑΡΕΧΩ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΟΥ

ΣΕ ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΜΕ ΠΑΓΙΑ ΑΝΤΙΜΙΣΘΙΑ

ΚΑΤ' ΑΠΟΚΟΠΗΝ

ΑΝΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Διεύθυνση:.....

Με την επωνυμία:.....

στην ΤΑΧ. ΔΝΣΗ .....

με ποσό αντιμισθίας ύψους: .....€

αμοιβής ανά επίσκεψη ύψους: .....€

ΛΟΙΠΑ:.....

ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ από τον ασφαλιστικό φορέα .....

Χρηματικού ποσού ύψους :.....€

Παρέχω υπηρεσίες στους εξής Ιατρικούς Συλλόγους:

.....  
.....

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, και δεν έχω στερηθεί της άδειας λόγω μη καταβολής εισφορών, όπως προβλέπεται στο άρθρο 315 παράγραφος 2.

Μου γνωστοποιήθηκε η βάσει νόμου (Ν. 4461/2017 , Αρ. 51) υποχρέωση του Ι.Σ.Τ να παρέχει μέσω ηλεκτρονικής διασύνδεσης προσωπικά μου δεδομένα στον Π.Ι.Σ. 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 μου προσωπικού χαρακτήρα που συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα δήλωσή μου για τους σκοπούς και τις ανάγκες άσκησης των νόμιμων υποχρεώσεων του Ι.Σ.Τ.**

Επιθυμώ να λαμβάνω στην ηλεκτρονική μου ταχυδρομική δνση (e-mail) ενημερώσεις και ειδοποιήσεις από τον Ι.Σ.Τ :  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Επιθυμώ να λαμβάνω στο κινητό μου τηλέφωνο μέσω SMS ενημερώσεις και ειδοποιήσεις από τον Ι.Σ.Τ  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Επιθυμώ να αναρτηθούν στο ιστοσελίδα του Ι.Σ.Τ τα επαγγελματικά στοιχεία μου, τα οποία αφορούν στο ονοματεπώνυμό μου, στην ειδικότητα μου, στο τηλέφωνο επικοινωνίας μου (σταθερό ή/και κινητό), στην διεύθυνση του ιατρείου μου ή της επαγγελματικής μου

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 Ν. 1599/1986.

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.

Ημερομηνία: ... / .... /.....

Υπογραφή:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Αριθ. Γραμ.	Ποσό:	Ημ/νία:	Υποχρ. Υπολ.

Τρίκαλα  
Ημερομηνία

.../.../.....