Αρ.Πρωτ.:………………………...

Ημερομηνία ……/…..…/…….

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΕΒΡΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ ΙΣΕ ΜΕΛΩΝ ΑΛΛΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ &

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Ο/Η κάτωθι υπογεγγραμμέν.... ……………………………………..…………………………………………….,

Γιατρός ………………………………………… (ειδικότητα), μόνιμος κάτοικος ……………………………….

οδό 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. Έβρου.

Τελώ σε γνώση του γεγονότος ότι τα ειδικότερα δικαιώματα και υποχρεώσεις μου με την παραπάνω ιδιότητά μου θα καθοριστούν 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:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του Ιατρικού Συλλόγου Έβρου 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