



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΙΕΡΙΑΣ**

25ης Μαρτίου 12 • 60 100 ΚΑΤΕΡΙΝΗ • ΤΗΛ.: 23510 29205 FAX: 23510 75332  
e-mail : i-s-pier@otenet.gr

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ** (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων Υπηρεσιών

<b>ΠΡΟΣ</b>	<b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΠΙΕΡΙΑΣ</b>	<b>ΑΡ.ΠΡΩΤ.</b>	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:</b>

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση Νομικού Προσώπου) :

<b>ΟΝΟΜΑ</b>		<b>ΕΠΩΝΥΜΟ</b>						
<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ</b>		<b>ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ</b>						
<b>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ</b>		<b>ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ</b>						
<b>Α.Δ.Τ.</b>		<b>ΑΦΜ</b>						
<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>		<b>ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>		<b>ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ</b>				
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ</b>	<b>ΠΟΛΗ</b>		<b>ΟΔΟΣ</b>		<b>ΑΡ.</b>		<b>ΤΚ</b>	
<b>ΜΕΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ</b>		<b>ΔΙΑΤΗΡΩ</b>	<b>ΑΛΛΟ ΙΑΤΡΕΙΟ</b>					

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ :**

<b>ΕΠΩΝΥΜΙΑ:</b>			
<b>Αρ.καταστατικού</b>	<b>Έτος ίδρυσης</b>		
<b>Αρ. και έτος ΦΕΚ/ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημερομηνία καταχώρησης στα βιβλία Εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ)</b>			
<b>ΑΦΜ</b>	<b>Δ.Ο.Υ.</b>		
<b>ΕΔΡΑ</b>	<b>Οδός :</b>	<b>Αριθμός:</b>	<b>ΤΚ</b>
<b>ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝ. ΔΙΑΜ.</b>	<b>ΝΟΜΟΣ</b>		
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ :</b>			

**ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ :** (για κατάθεση 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>ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ</b>		<b>ΑΔΤ</b>	
<b>ΟΔΟΣ</b>		<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΤΚ</b>
<b>ΤΗΛ.</b>	<b>fax :</b>	<b>email :</b>	

**Παρακαλώ για τη χορήγηση Αναγγελίας Έναρξης λειτουργίας Ιδιωτικού Ιατρείου Παροχής Υπηρεσιών Α/θμιας Φροντίδας Υγείας που είναι στην παρακάτω Δ/ση :**

<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ</b>	<b>ΕΠΩΝΥΜΙΑ :</b>							
	<b>ΔΗΜΟΣ /ΔΗΜ.ΔΙΑΜ.:</b>					<b>ΤΚ :</b>		
	<b>ΑΦΜ :</b>			<b>Δ.Ο.Υ.</b>				
	<b>ΟΔΟΣ :</b>				<b>ΑΡΙΘΜ.:</b>		<b>ΟΡΟΦΟΣ</b>	
	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>			<b>Fax</b>			<b>-mail</b>	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2) που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986 δηλώνω ότι :

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

2.Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (ΑΡΘΡΟ 31 ν.3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικ/κών κλ.π για την διεκπεραίωση της υπόθεσής μου)

3. -----»

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

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Δ/ση που δηλώνετε στην παρούσα αίτηση :
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από τον Σύλλογό μας :
3. Να την παραλάβετε από ΕΚΕ :
4. Να την παραλάβει Εκπρόσωπός σας :
5. Να σας αποσταλεί με FAX αριθμό :

**Κατερίνη**

**Ο ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

(2.) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή υποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή άλλο περιουσιακό