

**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ - (άρθρο 8 Ν.1599/1986)**  
**(για Ίδρυση-Λειτουργία κοινού Ιατρείου)**

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

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ**

**Α.**

|                                |             |                              |                      |
|--------------------------------|-------------|------------------------------|----------------------|
| <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>ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>          |             | <b>ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>        |                      |
| <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</b>               | <b>ΠΟΛΗ</b> | <b>ΟΔΟΣ</b>                  | <b>ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ</b>     |
| <b>ΜΕΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ</b> |             | <b>ΔΙΑΤΗΡΩ ΑΛΛΟ ΙΑΤΡΕΙΟ</b>  | <b>ΑΡ.</b> <b>ΤΚ</b> |
| <b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>              |             | <b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ</b> |                      |

**Β.-.**

|                                |             |                             |                  |
|--------------------------------|-------------|-----------------------------|------------------|
| <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>Α.Φ.Μ.</b>               |                  |
| <b>ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>          |             | <b>ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>       | <b>ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ</b> |
| <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</b>               | <b>ΠΟΛΗ</b> | <b>ΟΔΟΣ</b>                 | <b>ΤΚ</b>        |
| <b>ΜΕΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ</b> |             | <b>ΔΙΑΤΗΡΩ ΑΛΛΟ ΙΑΤΡΕΙΟ</b> |                  |
| <b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>              |             | <b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>             |                  |

**Παρακαλούμε για τη χορήγηση Βεβαίωσης (Άδειας) καταλληλότητας λειτουργίας κοινού 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>ΟΔΟΣ :</b>            | <b>ΑΡΙΘΜ.:</b> <b>ΟΡΟΦΟΣ</b> |
|                           | <b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>          | <b>Fax</b> <b>i-mail</b>     |

α.- Ο ιατρός : (ώρες λειτουργίας ιατρείου :

β.- Ο ιατρός : (ώρες λειτουργίας ιατρείου :

Κατερίνη

**ΟΙ Αιτούντες Ιατροί**

1.-Όνομα :..... υπογραφή : .....

2.-Όνομα :..... υπογραφή : .....