

ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ - (άρθρο 8 Ν.1599/1986)
(για Ίδρυση-Λειτουργία συστεγαζόμενων Ιδιωτικών Ιατρείων)

ΠΡΟΣ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΠΙΕΡΙΑΣ	ΑΡ.ΠΡΩΤ.	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Α.

ΟΝΟΜΑ		ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ		ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ	
Α.Δ.Τ.		ΑΦΜ	
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΟΛΗ	ΟΔΟΣ	
ΜΕΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ		ΔΙΑΤΗΡΩ ΑΛΛΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	

Β.-.

ΟΝΟΜΑ		ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ		ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ	
Α.Δ.Τ.		Α.Φ.Μ.	
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΠΟΛΗ	ΟΔΟΣ	
ΜΕΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ		ΔΙΑΤΗΡΩ ΑΛΛΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ	

Παρακαλούμε για τη χορήγηση Βεβαίωσης (Άδειας) καταλληλότητας λειτουργίας ΣΥΣΤΕΓΑΖΟΜΕΝΩΝ Ιατρείων Παροχής Υπηρεσιών Α/θμιας Φροντίδας Υγείας που είναι στην παρακάτω Δ/ση :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ :	
	ΔΗΜΟΣ /ΔΗΜ.ΔΙΑΜ.:	
	ΟΔΟΣ :	
	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
	ΤΚ :	
	ΑΡΙΘΜ.:	
	ΟΡΟΦΟΣ	
	Fax	
	i-mail	

α.- Ο ιατρός :

β.- Ο ιατρός :

Κατερίνη

Οι Αιτούντες Ιατροί

1.-Όνομα :..... υπογραφή :

2.-Όνομα :..... υπογραφή :