

**ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ / ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**Προς**

|  |
| --- |
| **τον ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΠΙΕΡΙΑΣ** |

**Οδός : 25ης Μαρτίου 12 60132 Κατερίνη / e-mail:** [**i-s-pier@otenet.gr**](mailto:i-s-pier@otenet.gr) **/ΤΗΛ.2351029205 FAX:2351075332**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | | |  | | | **ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΙΕΡΙΑΣ  (συμπληρώνεται από τον Ι. Σύλλογο)** | | | | |
| **ΟΝΟΜΑ :** | | |  | | | **Αρ.Πρωτ.:** | |  | | |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :** | | |  | | | **ημερομηνία:** | |  | | |
| **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ :** | | |  | | | **ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ :** | | | | |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :** | | |  | | |  | | | | |
| **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :** | | |  | | | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ :** | | | | |
| **ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ :** | | |  | | |  | | | | |
| **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :** | | |  | | |  | | | | |
| **Αρ. Αστ. ταυτότητας :** | | |  | | |
| **ΑΦΜ :** | | |  | | |
| **ΑΜΚΑ :** | | |  | | |
| **ΑΜ ΕΦΚΑ-ΤΣΑΥ :** | | |  | | |
| **Στοιχεία επικοινωνίας** | | | | | |  | | | | |
| **Δ/ΝΣΗ** | **Πόλη:** |  | | **οδός** |  | **Αρ.** |  | | **τ.κ.** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΑ** | **κιν.:** |  | | | | | | | | |
| **Ε-MAIL :** |  | | | | | | | | | |

**,**

|  |
| --- |
| **Σας παρακαλώ να με δ ι α γ ρ ά ψ ε τ ε από το ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ του ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΙΕΡΙΑΣ.**  **Σας ενημερώνω ότι κατά το χρονικό διάστημα που διατέλεσα μέλος του Ειδικού Μητρώου, απασχολήθηκα επαγγελματικά στο Ν. Πιερίας ως εξής :**  **α) Λειτουργία ιδιωτικού ιατρείο από / / έως / / διεύθυνση**  **..................................................................................................................................................................................................**  **β) Επιστημονικά υπεύθυνος στο ιατρείο από / / έως / /**  **...................................................................................................................................................................................................** |

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : Ο/Η ΔΗΛ..:**