 **Α Ι Τ Η Σ Η Ε Γ Γ Ρ Α Φ Η Σ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**Προς**

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

**( Οδός : 25ης Μαρτίου 12 – 60132 ΚΑΤΕΡΙΝΗ )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |  |  **ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΙΕΡΙΑΣ (συμπληρώνεται από Ιατρικό Σύλλογο)** |
| **ΟΝΟΜΑ :** |  |  **Αρ.πρωτ./Ημ/νία αίτησης :** |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :** |  |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ :** |  |  **ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΜΕΛΩΝ :** |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :** |  |  |
| **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :** |  |  **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**  |
| **ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ :** |  |  |
| **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :** |  |  |
| **Αρ. Αστ. ταυτότητας :** |  |
| **ΑΦΜ :** |  |
| **ΑΜΚΑ :** |  |
|  **ΑΜ ΕΦΚΑ-ΤΣΑΥ :** |  |
| **Δ/ΝΣΗ** **ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** | **Πόλη:** |  | **οδός**  |  | **Αρ.** |  | **τ.κ.** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ****ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** |  | **Ε-MAIL** |  |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟΝ Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ :** |  |

**Σας παρακαλώ να με ε γ γ ρ ά ψ ε τ ε ΜΕΛΟΣ στον ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΠΙΕΡΙΑΣ και Δ η λ ώ ν ω – σύμφωνα
με τις σχετικές διατάξεις της περί Ιατρικών Συλλόγων Νομοθεσίας - ότι :**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Δεν είμαι ΜΕΛΟΣ άλλου ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ.** |
| **2** | **Δεν έχω υποστεί στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων.** |
| **3** | **Δεν έχει ανακληθεί ή ανασταλεί για οποιοδήποτε λόγο η Άδεια άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος.** |
| **4** | **Δεν έχω καταδικαστεί για αδίκημα σύμφωνα με τις διατάξεις της ποινικής νομοθεσίας.** |
| **5** | **Συγκατατίθεμαι στη διάθεση των προσωπικών μου στοιχείων (τηλέφωνο/Δ/νση/email/Ειδικότητα κ.λ.π. για την ανάρτηση στην ιστοσελίδα του Ιατρικού Συλλόγου, την επικοινωνία κ.λ.π.** |

 **Ημερομηνία: Ο/Η ΔΗΛ**