 **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**