



ΕΤΗΣΙΑ ΔΗΛΩΣΗ
Μέλους Τακτικού Μητρώου έτους 2020
(Σύμφωνα με το άρθρο 296 του Ν. 4512, ΦΕΚ α' 5/17.01.2018)



Έχω υποβάλει την Ετήσια Δήλωση το έτος 2019 και δηλώνω ότι:

- Υπάρχουν τροποποιήσεις στην Ετήσια Δήλωση του έτους 2020 ως προς τα στοιχεία :
 ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ, ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ.
 Δεν υπάρχουν τροποποιήσεις στην Ετήσια Δήλωση του έτους 2020.

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ιατρός με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω υπευθύνως τα παρακάτω στοιχεία:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (Συμπληρώνετε με κεφαλαία γράμματα)

Α.Μ. Ι.Σ.Ρ.:		Α.Μ.Κ.Α.:	
Επώνυμο:		Όνομα	
Όνομα Πατρός:		Όνομα Μητρός	
Τόπος Γέννησης:		Ημερομηνία Γέννησης:	
Εθνικότητα:		Υπηκοότητα:	
Οικογενειακή κατάσταση:		Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ.:	/
Α.Δ.Α.Τ. ΗΜΕΡ/ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ		Α.Μ. Τ.Σ.Α.Υ./ΕΦΚΑ:	
Διεύθυνση κατοικίας:		Πόλη/Τ.Κ.:	/
Τηλέφωνο κατοικίας:		Κινητό Τηλέφωνο:	
E-Mail:		Web Site:	

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

Ειδικότητα:	<input type="checkbox"/> ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ <input type="checkbox"/> ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
Εξειδίκευση:	
Μεταπτυχιακός Τίτλος:	
Διδακτορικός Τίτλος:	

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

ΙΑΤΡΟΙ Ε.Σ.Υ.-ΕΜΜΙΣΘΟΙ ΙΑΤΡΟΙ- ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

Υπηρετώ στην παρακάτω Υγειονομική Δομή:

<input type="checkbox"/> ΕΣΥ: Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ <input type="checkbox"/> ΕΚΑΒ ΡΟΔΟΥ	ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ΦΑΞ
	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	<input type="checkbox"/> ΡΟΔΟΥ <input type="checkbox"/> ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΕΜΠΩΝΑΣ <input type="checkbox"/> ΚΑΡΠΑΘΟΥ	
Π. Π. ΙΑΤΡΕΙΟ	<input type="checkbox"/> ΓΕΝΝΑΔΙΟΥ <input type="checkbox"/> ΚΑΣΟΥ <input type="checkbox"/> ΜΕΓΙΣΤΗΣ <input type="checkbox"/> ΟΛΥΜΠΟΥ ΚΑΡΠΑΘΟΥ <input type="checkbox"/> ΣΥΜΗΣ <input type="checkbox"/> ΤΗΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΧΑΛΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ (Ε.Π.Ι) : <input type="checkbox"/> ΑΕΡΟΔΡΟΜΕΙΟΥ ΡΟΔΟΥ <input type="checkbox"/> ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΑΕΡΟΛΙΜΕΝΑ ΚΑΡΠΑ	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	<input type="checkbox"/> ΑΓ. ΙΣΙΔΩΡΟΥ <input type="checkbox"/> ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ <input type="checkbox"/> ΑΠΟΛΛΩΝΩΝ <input type="checkbox"/> ΑΠΟΛΛΑΚΙΑΣ <input type="checkbox"/> ΑΠΕΡΙΟΥ <input type="checkbox"/> ΑΦΑΝΤΟΥ <input type="checkbox"/> ΘΕΟΛΟΓΟΥ <input type="checkbox"/> ΙΑΛΥΣΟΥ Α/Β <input type="checkbox"/> ΚΑΛΛΥΘΙΩΝ <input type="checkbox"/> ΚΑΤΤΑΒΙΑΣ <input type="checkbox"/> ΚΟΣΚΙΝΟΥ <input type="checkbox"/> ΚΡΕΜΑΣΤΗΣ Α/Β <input type="checkbox"/> ΛΑΡΔΟΥ <input type="checkbox"/> ΜΑΛΩΝΑΣ <input type="checkbox"/> ΣΟΡΩΝΗΣ <input type="checkbox"/> ΜΕΣΟΧΩΡΙΟΥ <input type="checkbox"/> ΜΕΝΕΤΩΝ Α/Β <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑΔΕΙΣΙΟΥ <input type="checkbox"/> ΣΑΛΑΚΟΥ	

Υπηρετώ στην ανωτέρω Υγειονομική Δομή ως:

<input type="checkbox"/> ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ	<input type="checkbox"/> ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	<input type="checkbox"/> ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	<input type="checkbox"/> ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α'
<input type="checkbox"/> ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β'	<input type="checkbox"/> ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ	<input type="checkbox"/> ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	<input type="checkbox"/> ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
<input type="checkbox"/> ΟΠΛΙΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ	<input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ :		

ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ :	<input type="checkbox"/> ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ	<input type="checkbox"/> 95 ΤΥΕΘ	<input type="checkbox"/> ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΟ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ:
	<input type="checkbox"/> ΔΗΜΟΣ ΡΟΔΟΥ	<input type="checkbox"/> ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	
	<input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ:		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΦΑΞ

ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ /ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Π.Φ.Υ.

Ασκώ το ιατρικό επάγγελμα ως ελεύθερος επαγγελματίας ιατρός στην περιοχή ευθύνης του Ι.Σ.Ρ.:

ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Π.Φ.Υ

ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Π.Φ.Υ.

ΚΟΙΝΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
 ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΑΠΛΗ ΣΥΣΤΕΓΑΣΗ
 ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ

ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ:
 Ι.Σ.Ρ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
 ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΡΙΝ ΤΟ 2001

Επιλέξτε παρακάτω τον Ιδιωτικό Φορέα που διαθέτετε:

ΩΣ ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΜΟΝΑΔΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Α.Ε. Ο.Ε. Ε.Ε. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥΧΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (Ι.Κ.Ε.)

ΩΣ ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΩΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ/ΝΗ

Με τους παρακάτω ιατρούς (αναγράφεται ονοματεπώνυμο και ειδικότητα:

1.

2.

3.

ΑΡΙΘΜΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ:

1.

2.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΔΡΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ/ΟΔΟΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ/ΟΡΟΦΟΣ/ΠΟΛΗ/ΤΚ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΦΑΞ
1.		
2.		

Παρέχω (εκτός από τα παραπάνω) και τις ιατρικές μου υπηρεσίες με Δ.Π.Υ: ΣΕ ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΕ ΝΟΜΙΚΟ

ΜΕ ΠΑΓΙΑ ΑΝΤΙΜΙΣΘΙΑ/ ΠΟΣΟ ΚΑΤ' ΑΠΟΚΟΠΗΝ/ΠΟΣΟ..... ΑΝΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ/ΠΟΣΟ.....

ΕΠΩΝΥΜΙΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Είμαι εγγεγραμμένος/η στο Ειδικό Μητρώο και παρέχω τις ιατρικές μου υπηρεσίες στην περιφέρεια του Ιατρικού Συλλόγου:

1.

2.

Έχω πιστοποιηθεί στην Ηλεκτρονική Συνταγογραφηση

ΕΧΩ ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ : Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΓΚΟΙΝΩΝΙΩΝ

ΑΛΛΟ:

ΑΝΕΡΓΟΙ ΙΑΤΡΟΙ: Αναμονή για :

ΕΝΑΡΞΗ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ, ΕΝΑΡΞΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΔΙΟΡΙΣΜΟ ΣΕ ΘΕΣΗ ΕΣΥ

ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΘΗΤΕΙΑ: ΑΠΟ..... ΕΩΣ..... ΑΛΛΟΣ ΛΟΓΟΣ:

Αναφέρετε το φορέα που αναμένετε να διοριστείτε:

<input type="checkbox"/> ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	ΧΩΡΑ	ΑΠΟ ΤΟ ΕΤΟΣ	ΦΟΡΕΑΣ/ΘΕΣΗ
<input type="checkbox"/> ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:		ΧΡΗΜΑΤΙΚΟ ΠΟΣΟ:

- Βεβαιώνω ότι δεν υπάγομαι σε κάποιο από τα κατά νόμο κωλύματα και ασυμβίβαστα και ότι έχω δικαίωμα άσκησης της ιατρικής με βάση πτυχία και τίτλους ελληνικών ιατρικών σχολών ή κατά νόμο αναγνωρισμένων αλλοδαπών.
- Βεβαιώνω ότι δεν βρίσκομαι σε αναστολή ιατρικού επαγγέλματος λόγω πειθαρχικών ποινών, όπως προβλέπονται στο άρθρο 322, και δεν έχω στερηθεί της άδειας άσκησης επαγγέλματος λόγω μη καταβολής εισφορών, όπως προβλέπεται στο άρθρο 315 παράγραφος 2.
- Δηλώνω ότι υποχρεούμαι σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία να ανακοινώνω προς τον Ιατρικό Σύλλογο Ρόδου οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων μου εντός δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την ημέρα της μεταβολής τους.

Συμπληρώνεται από την υπηρεσία		
ΕΙΣΦΟΡΑ ΕΤΟΥΣ 2020		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ	ΗΜ. ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:		

Ρόδος : _____ / _____ / 2020
Ο ΔΗΛΩΝ/Η ΔΗΛΟΥΣΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΣΦΡΑΓΙΔΑ