

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η υπογράφων/ουσα (όνομα)
..... (επώνυμο) του, Ιατρός
..... (ειδικότητα), κάτοικος Αττικής, οδός
....., αριθμός, έχοντας λάβει σοβαρά υπ' όψη
τις εξαιρετικά ιδιάζουσες και δυσμενείς συνθήκες, υπό τις οποίες
βρίσκομαι σήμερα αναγκασμένος να ασκώ τις ιατρικές μου υπηρεσίες
και το συνεχώς αναδιαμορφούμενο πλαίσιο σχέσεων και
υποχρεώσεων για τη συνεργασία μου με τον ΕΟΠΥΥ (μοναδικό
αγοραστή υπηρεσιών υγείας από τους ιδιώτες ιατρούς για τους
έλληνες ασφαλισμένους), με την παρούσα μου **εξουσιοδοτώ** το ΝΠΔΔ
με την επωνυμία ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ που εδρεύει στην
Αθήνα, οδός Σεβαστουπόλεως, αριθμός 113, να με εκπροσωπεί
πλήρως και να προβαίνει αντ' εμού, στο όνομά μου και για λογαριασμό
μου, διά του Προέδρου ή του Γενικού Γραμματέα του, με γνώμονα την
προάσπιση της τιμής, της αξιοπρέπειας και της επιστημονικής μου
ελευθερίας ως ιατρού, όπως επιβάλλουν οι αρχές και οι κανόνες ορθής
άσκησης της Ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας, οι υποχρεώσεις
μου για την προστασία της υγείας των ασθενών μου και η ανάγκη
εξασφάλισης βιώσιμων συνθηκών άσκησης του λειτουργημάτος μου,
α) στην τυχόν καταγγελία της όποιας άτυπης σήμερα «Σύμβασης για
Εκτέλεση Παρακλινικών Εξετάσεων» που με συνδέει με τον ΕΟΠΥΥ,
β) στη διαπραγμάτευση και συμφωνία σύμβασης χωρίς claw back και
όλα τα παραπάνω υπό την προϋπόθεση ότι θ' ανταποκριθεί η
συντριπτική πλειοψηφία των εργαστηριακών και κλινικοεργαστηριακών
γιατρών. Η παρούσα εξουσιοδότηση παραμένει ενεργός και ισχυρή
μέχρι την ανάκλησή της, για την οποία ορίζω από τώρα, ως μόνο και
αποκλειστικό τύπο, την επίδοση σχετικής έγγραφης δήλωσής μου
προς τον ΙΣΑ και προς τον ΕΟΠΥΥ.-

Α θ ή ν α 2014

Ο/Η ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩΝ/ΟΥΣΑ ΙΑΤΡΟΣ

**Θεώρηση γνησίου υπογραφής*