

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ Ι.Σ.Α.

του Ιατρού

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Ειδικότητα:

Τακτικό μέλος του ΙΣ.....

Τηλ.

Προς

τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών

Παρακαλώ να με εγγράψετε στο Ειδικό Μητρώο του Συλλόγου σας προκειμένου να δραστηριοποιηθώ επαγγελματικά και στην περιφέρεια του Ι.Σ.Α.

Σχετικώς υποβάλλω τα από το Νόμο απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Αθήνα, / / 20.....

Υπογραφή

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ

ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ..... ΟΝ. ΜΗΤΡΟΣ

ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Δ/ΝΣΗ : ΟΔΟΣ..... ΑΡ..... Τ.Κ. ΠΟΛΗ

ΚΙΝΗΤΟ: ΤΗΛ: EMAIL:

Λαμβάνω σύνταξη από τον Ασφαλιστικό Φορέα Ποσό Σύνταξης

Δηλώνω, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4512/2018, ότι παρέχω τις ιατρικές μου υπηρεσίες:

A. Ως ΤΑΚΤΙΚΟ μέλος του ΙΣ, δηλώνω υπεύθυνα ότι ασκώ πράγματι το λειτούργημα του ιατρού, παρέχοντας τις ιατρικές μου υπηρεσίες ως εξής:

1) Έμμισθος στ..... Ποσό αντιμισθίας

2) Διατηρώ ιδιωτικό ιατρείο στην οδό ΑΡ Τ.Κ. ΠΟΛΗ.....

ΤΗΛ:

3) Διατηρώ ιδιωτικό ιατρείο από κοινού ή συστεγαζόμενο με τον ιατρό

στην οδό..... ΑΡ..... Τ.Κ. ΠΟΛΗ ΤΗΛ:

4) Είμαι επιστημονικά υπεύθυνος/η στ

5) Άλλο:

B. Ως μέλος του ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ του ΙΣ ΑΘΗΝΩΝ, δηλώνω υπεύθυνα ότι ασκώ πράγματι το λειτούργημα του ιατρού, παρέχοντας τις ιατρικές μου υπηρεσίες ως εξής:

1) Έμμισθος στ..... Ποσό αντιμισθίας

2) Διατηρώ ιδιωτικό ιατρείο στην οδό ΑΡ Τ.Κ. ΠΕΡΙΟΧΗ.....

ΤΗΛ:

3) Διατηρώ ιδιωτικό ιατρείο από κοινού ή συστεγαζόμενο με τον ιατρό

στην οδό..... ΑΡ..... Τ.Κ. ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΛ:

4) Είμαι επιστημονικά υπεύθυνος/η στ

5) Έχω επιστημονική συνεργασία κατά πράξη και περίπτωση με τις εξής κλινικές:

.....

6) Άλλο:.....

Γ. Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι εγγεγραμμένος ως μέλος του ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ

και στον/στους Ι.Σ



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο κάτωθι υπογράφων επιβεβαιώνω την ορθότητα και ακρίβεια των προσωπικών μου στοιχείων και δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση και κατανοήσει πλήρως την Ενημέρωση Προστασίας Δεδομένων των Μελών του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, η οποία διατίθεται σε έντυπη μορφή από τον ΙΣΑ και είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα του ΙΣΑ (www.isathens.gr)

Συγκατάθεση για επικοινωνία από τον ΙΣΑ:

Επίσης, με την παρούσα παρέχω τη συγκατάθεσή μου προκειμένου ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών να επικοινωνεί μαζί μου [Επιλέγτε όσα μέσα επικοινωνίας επιθυμείτε]:

- Μέσω email
 Μέσω SMS
 Μέσω τηλεφωνικών κλήσεων

προκειμένου να με ενημερώνει σχετικά με:

- εκδηλώσεις ή/ και νέα του Συλλόγου.
 Σημαντικές δράσεις του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών για την διασφάλιση των επαγγελματικών συμφερόντων των ιατρών και την προαγωγή της ιατρικής, προσεχείς επιστημονικές, επαγγελματικές, εκπαιδευτικές εκδηλώσεις, σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια. Τρέχουσες πολιτικές, οικονομικές και νομικές εξελίξεις.

Συγκατάθεση για επεξεργασία δεδομένων για άλλους σκοπούς:

[Σημειώνετε ΝΑΙ/ΟΧΙ]

Συνοινώ στην ανάρτηση των στοιχείων επικοινωνίας μου και της επαγγελματικής μου έδρας στην ιστοσελίδα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Συνοινώ στη διάθεση των προσωπικών μου στοιχείων σε τρίτους αποκλειστικά για στατιστικούς και επιστημονικούς σκοπούς (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση ιατρείου, τηλέφωνο ιατρείου).	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Συνοινώ στην κοινοποίηση των στοιχείων επικοινωνίας μου σε παρατάξεις προκειμένου να μου αποστέλλουν ενημερωτικό υλικό σχετικά με τις θέσεις τους και ζητήματα συναφή με τις αρχαιρείσεις του Συλλόγου.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Η παρούσα δήλωσή συγκατάθεσης παρέχεται επιλέγοντας ορισμένα ή όλα τα ανωτέρω πεδία και μπορεί να ανακληθεί ελεύθερα οποιαδήποτε στιγμή.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
Εισφορά έτους	Αριθ.Γραμ.	Ποσό	Ημερ/νία	Υπογρ.Υπαλ.
20.....				

ΑΘΗΝΑ ____ / ____ / ____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένοςΙατρός
....., μέλος του Ι.Σ.Α., εξουσιοδοτώ
τ , με αριθμ. Δελτίου
Ταυτότητας που εκδόθηκε από.....
να υποβάλλει την ετήσια δήλωση στον Ι.Σ.Α. για την ανανέωση της εγγραφής μου στον Ι.Σ.Α.

ΑΘΗΝΑ:.....

Για το γνήσιο της υπογραφής

ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ

.....