



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΕΒΑΣΤΟΥΠΟΛΕΩΣ 113, Τ.Κ. 115 26 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: Πρόεδρος: 210 38 39 673 - Γεν. Γραμ.: 210 38 40 548 - Γραμ. Πειθαρχικού: 210 38 47 374

Λογιστήριο: 210 38 39 770 - Πληροφορίες: 210 38 16404 - FAX: 210 38 41 234

E-mail: isathens@isathens.gr, site: [www.isathens.gr](http://www.isathens.gr)

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ ΙΣΑ

**A. Σε περίπτωση που ο ιατρός ήταν στο παρελθόν κανονικό μέλος του ΙΣΑ:**

1. Βεβαίωση από τον Ιατρικό Σύλλογο που είναι μέλος ο ιατρός
2. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας
3. Αντίγραφο ειδικότητας (εφόσον ο ιατρός δεν την είχε πάρει ή δεν την είχε καταθέσει στον ΙΣΑ όταν ήταν μέλος του)

**B. Σε περίπτωση που ο ιατρός δεν ήταν στο παρελθόν ποτέ κανονικό μέλος του ΙΣΑ, επιπλέον με τα παραπάνω:**

4. Αντίγραφο άδειας ασκήσεως επαγγέλματος
5. α) Αντίγραφο πτυχίου από ελληνικό πανεπιστήμιο  
ή  
β) Αντίγραφο ξενόγλωσσου πτυχίου, μετάφρασης του στα ελληνικά και αναγνώρισης ΔΟΑΤΑΠ (στις περιπτώσεις που απαιτείται)

Ο ιατρός πρέπει να συμπληρώσει την αίτηση εγγραφής στο Ειδικό Μητρώο του ΙΣΑ και να αναγράψει στα αντίστοιχα πεδία την ακριβή επαγγελματική δραστηριότητά του (ΠΡΟΣΟΧΗ: όχι την ειδικότητα αλλά το που εργάζεται ο ιατρός) τόσο στον Ιατρικό Σύλλογο που είναι γραμμένος ως μέλος, όσο και στον ΙΣΑ.

### ΠΡΟΣΟΧΗ:

Σε περίπτωση που δεν προσέλθει ο ίδιος ο ιατρός για την εγγραφή στο ειδικό μητρώο, απαιτείται εξουσιοδότηση προς τον εκπρόσωπο που θα πραγματοποιήσει την εγγραφή, με το γνήσιο της υπογραφής του ιατρού από ΚΕΠ ή Αστυνομία.

**Σύμφωνα με τον Νόμο 4512/17-1-2018 και την από 8-5-2018 απόφαση του Δ.Σ. του ΙΣΑ, η εισφορά για τα μέλη του Ειδικού Μητρώου του ΙΣΑ για το έτος 2018 καθορίστηκε στα 150,00 ευρώ.**

**Επίσης, σύμφωνα με τον Νόμο, απαιτείται παράβολο εγγραφής των 10,00 ευρώ, που καταβάλλονται στο ταμείο του ΙΣΑ την ημέρα της εγγραφής.**

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ ΙΣΑ ΜΕΛΩΝ ΑΛΛΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ &  
ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (σύμφωνα με την από 7-6-2012  
απόφαση του ΔΣ του ΙΣΑ)

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμέν....., γιατρός  
..... (ειδικότητα), μόνιμος κάτοικος .....,  
οδός .....

τηλ..... και μέλος του ΙΣ..... αιτούμαι  
σύμφωνα με την παραπάνω απόφαση του ΔΣ του Συλλόγου σας, την εγγραφή μου  
στα μητρώα του ΙΣ σας, στο ειδικό μητρώο μελών άλλων Ιατρικών Συλλόγων,  
προκειμένου να υπάγομαι στον πειθαρχικό σας έλεγχο για τις πράξεις και  
παραλείψεις που ενδεχόμενα θα λάβουν χώρα κατά την επαγγελματική μου  
δραστηριότητα στην περιφέρεια του Ι.Σ. Αθηνών.

Τελώ σε γνώση του γεγονότος ότι τα ειδικότερα δικαιώματα και  
υποχρεώσεις μου με την παραπάνω ιδιότητά μου θα καθοριστούν με σχετική  
νομοθετική ρύθμιση.

Σας δηλώνω:

1. Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του Ιατρικού  
Συλλόγου (αναγράφεται ο Ι.Σ. όπου ανήκει ο γιατρός) είναι:

.....  
.....  
.....  
.....

2. Η ακριβής επαγγελματική μου δραστηριότητα ως μέλος του Ιατρικού  
Συλλόγου Αθηνών είναι:

.....  
.....  
.....  
.....

Εφόσον κάποια από τα παραπάνω στοιχεία, τα οποία θέτω σε γνώση σας με την  
παρούσα δήλωση, η οποία αποδέχομαι ότι έχει την ισχύ υπευθύνου δηλώσεως με  
τις συνέπειες του νόμου, ήθελε τροποποιηθούν υποχρεούμαι να σας ενημερώσω  
εντός αποκλειστικής προθεσμίας 30 ημερών.

Αθήνα, .....-..... -20

Ο/Η Δηλ.