



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ν.Π.Α. «ΠΑΝ. ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»
Ν.Π.Δ.Δ.

Ministry of
Digital
ANAPHTHTEΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
Digitally signed by Ministry
of Digital Governance
Date: 2024.10.16
12:10:31 EEST
Eccasion: Athens

ΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα, 16.10.2024
Αριθμ. Πρωτ.: 19783

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
Ταχ. Δ/ση: Μεσογείων 24 Τ.Κ. 11527
Πληροφορίες: Μακρή Φωτεινή
Τηλέφωνο: 213 200 9827
E-mail: f.makri@aglaiakyriakou.gr

Θ Ε Μ Α: «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑΝ/ΜΙΑ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ»

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
του Γ.Ν.Π.Α. «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθ.7 του ν.3329/2005 (ΦΕΚ Α'81) όπως ισχύουν.
2. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθ.41 του ν.4058/2012 όπως αυτές τροποποιήθηκαν και ισχύουν με τις διατάξεις του άρθ.39 του ν.5111/2024 (ΦΕΚΑ'76), σύμφωνα με τις οποίες: «1. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., ο Ε.Ο.Δ.Υ., ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το Κ.Ε.Θ.Ε.Α., η Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε., το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε., η Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ. Α.Ε. ο Ε.Ο.Φ., η Ι.Φ.Ε.Τ. ΜΑΕ, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), το «Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας» και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, και τα στρατιωτικά νοσοκομεία, με απόφαση του Διοικητή τους, καθώς και τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.ΠΕ., με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.ΠΕ., δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με ιατρούς κάθε ειδικότητας,(...) με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Η συνεργασία με τους ανωτέρω πραγματοποιείται κατά παρέκκλιση του άρθρου 6 του ν. 2527/1997 (Α' 206), καθώς και της περ. α' της παρ. 20 του ένατου άρθρου του ν. 4057/2012 (Α' 54), μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργού Υγείας ή του Υπουργού Εθνικής Άμυνας, αντίστοιχα.»
3. Την με αρ.πρωτ.:17/26.06.2024 Απόφαση της Διοίκησης του Νοσοκομείου μας με θέμα «Έγκριση αιτήματος συνεργασίας με ιδιώτες ιατρούς για την κάλυψη αναγκών του Καρδιολογικού και του Αναισθησιολογικού τμήματος».
4. Το με αρ.πρωτ.:13849/08.07.2024 έγγραφο του φορέα μας προς την Διοίκηση της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής με θέμα: «Διαβίβαση αιτήματος συνεργασίας με ιδιώτες ιατρούς για την κάλυψη αναγκών του ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΙ Αναισθησιολογικού τμήματος του φορέα μας» με συνημμένη την με αρ.πρωτ.:13018/26.06.2024 σχετική Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης.
5. Το με αρ.πρωτ.:30328/15.07.2024 έγγραφο της Διοίκησης της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής προς το Υπουργείο Υγείας με θέμα: «Πρόσληψη τριών (3) ιδιωτών ιατρών, έναν/μία (1) ειδικότητας Αναισθησιολογίας και δύο (2) ειδικότητας Παιδιατρικής με εμπειρία στην Παιδοκαρδιολογία ή Καρδιολογίας με εμπειρία σε παιδιατρικό νοσοκομείο με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών. ».
6. Την με αρ.πρωτ.:Γ4β/38775/22.08.2024 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ» με τρεις (3) ιδιώτες ιατρούς, έναν (1) ειδικότητας ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ και δύο (2) ειδικότητας ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.».

7. Το ότι η με αρ.πρωτ.:16394/26.08.2024 [ΑΔΑ: 6ΛΝ746906Ρ-ΖΘΡ] Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος του φορέα μας με θέμα: «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΡΕΙΣ (3) ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΥΣ, ΕΝΑΝ (1) ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΥΟ (2) ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥΣ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ» απέβη άγωνα και ως προς τις τρεις (3) θέσεις.
8. Την από 14.10.2024 πρόταση της Διεύθυνσης της Ιατρικής Υπηρεσίας του φορέα μας.
9. Τις επείγουσες και επιτακτικές ανάγκες ενίσχυσης του ιατρικού δυναμικού του Αναισθησιολογικού τμήματος του φορέα μας.

ΚΑΛΕΙ

Τους/τις ενδιαφερόμενους/ες ιατρούς ειδικότητας Αναισθησιολογίας με εμπειρία σε παιδιατρικούς ασθενείς, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθ.39 του ν.5111/2024, με το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «ΠΑΝ. & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» για την σύναψη σύμβασης, με καθεστώς έκδοσης από αυτούς/ες δελτίου παροχής υπηρεσιών, για πλήρη απασχόληση σε πρωινό ωράριο (όπως όλοι οι ιατροί) και πραγματοποίηση εφημεριών, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, με μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, πρωτοδιοριζόμενου/ης ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. με βαθμό Επιμελητή/ήτριας Β', προκειμένου για την κάλυψη των αναγκών και την απρόσκοπτη και εύρυθμη λειτουργία του Αναισθησιολογικού τμήματος.

Α. Οι υποψήφιοι/ες απαιτείται:

- Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε..
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν [με την πρόσληψη και υπογραφή της σύμβασης ο/η ιατρός οφείλει να προσκομίσει τα οριζόμενα στις διατάξεις του αρθ.7 του ν.4210/2013 για την σχετική πιστοποίηση υγείας].
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- Να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από την σύναψη σύμβασης συνεργασίας.
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Β. Απαραίτητα Δικαιολογητικά

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

- Β.1 Αίτηση – Δήλωση** (υπόδειγμα της αίτησης – δήλωσης ακολουθεί στο Παράρτημα Ι) η οποία συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει.
- Β.2 Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/1986**, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνήσιο της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
- Β.3 Αντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας.**
- Β.4 Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.**
- Β.5 Αντίγραφο Πτυχίου.** Σε περίπτωση πτυχίου Πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητα να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις με αρ.πρωτ.:ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/01.04.2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗΟΧ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/ΦΑ.2.3/21119/01.09.2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίους του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.
- Β.6 Αντίγραφο Απόφασης Άδειας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα.**
- Β.7 Αντίγραφο Απόφαση Χορήγησης Άδειας Χρήσης Τίτλου Ιατρικής Ειδικότητας στην Ελλάδα.**
- Β.8 Πρόσφατη Βεβαίωση Εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο Αθήνας**, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.
- Β.9 Φορολογική Ενημερότητα.**
- Β.10 Ασφαλιστική Ενημερότητα.**
- Β.11 Βιογραφικό Σημείωμα** με αναφορά στην προϋπηρεσία και στο επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά).

B12. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/1986, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνώση της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν επίδομα Δ.Υ.Π.Α. και δεν κατέχουν έμμισθη θέση στο Ελληνικό Δημόσιο.

B13. Για τους άνδρες: Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης Τύπου Α΄ ή Βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ στρατού. Όπου στον τύπο Α΄ προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της παρούσας πρόσκλησης.

Γ. Απασχόληση – Αποζημίωση

Ο/Η ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του/ης σε πλήρες τακτικό και καθημερινό πρωινό ωράριο και θα συμμετέχει στο πρόγραμμα εφημέρευσης για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους.

Η αποζημίωση του/της ιατρού θα είναι ίση με τις μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, πρωτοδιόριστου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. με τον βαθμό του/της Επιμελητή/ήτριας Β΄.

Δ. Υποβολή Αιτήσεων Συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι/ες καλούνται να υποβάλλουν την αίτησή τους (που υπέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης) με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο είτε ηλεκτρονικά (σε μορφή αρχείου pdf) στην ηλεκτρονική διεύθυνση: grammateia@aglaiakyriakou.gr με θέμα «Για την Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Αναισθησιολογίας» και «Για την Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Αναισθησιολογίας».

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται σε τέσσερις (4) εργάσιμες ημέρες και αρχίζει την **16^η.10.2024 ώρα 15:00 έως 18^η.10.2024 ώρα 15:00**.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν πριν ή μετά το ανωτέρω χρονικό διάστημα δεν θα ληφθούν υπόψη. Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται.

Ε. Επιλογή

Η καταλληλότητα των υποψηφίων και η τελική επιλογή θα γίνει από τριμελή επιτροπή την οποία θα ορίσει η Διοίκηση του Γ.Ν.Π.Α. «ΠΑΝ. και ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ».

ΣΤ. Πληροφορίες

Οι ενδιαφερόμενοι/ες για οποιαδήποτε πληροφορία μπορούν να απευθύνονται στο τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Γ.Ν.Π.Α. «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ» στα τηλέφωνα: 213 200 9827/9824 κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες ή στη ηλεκτρονική διεύθυνση: tm.prosop@aglaiakyriakou.gr.

Η παρούσα Πρόσκληση αναρτάται στο διαδίκτυο (πρόγραμμα ΔΙΑΥΓΕΙΑ) σύμφωνα με τις διατάξεις του ν.3861/2010 (ΦΕΚ Α΄112), στον ιστότοπο και τον πίνακα ανακοινώσεων του Νοσοκομείου ενώ αποστέλλεται ηλεκτρονικά και στην 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστότοπό της.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΜΠΙΝΗΣ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
α/α
Η ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

- Υπουργείο Υγείας
Email: aitimataepikourikou@moh.gov.gr
- 1^η Υ.ΠΕ. Αττικής
Email: hrd@1dype.gov.gr
- Πανελλήνιο Ιατρικός Σύλλογος
Email: pisinfo@pis.gr
- Ιατρικό Σύλλογος Αθηνών
Email: isathens@isathens.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

1. Γραφείο Διοίκησης
2. Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
3. Προσωρινή Προϊσταμένη Ανασθησιολογικού τμήματος
4. Τμήμα Οικονομικού

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΙΔΙΩΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥΣ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ
ΣΤΟ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ Γ.Ν.Π.Α. «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»**

	<p>Προς Διοίκηση Γ.Ν.Π.Α. «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»</p> <p>Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημα μου για συνεργασία με τη Διοίκηση του Γ.Ν.Π.Α. «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ», σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθ.41 του ν.4058/2012 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με τις διατάξεις του άρθ.104 του ν. 5034/2023, για απασχόληση στο Γ.Ν.Π.Α. «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ» ως ιδιώτης ιατρού.</p>
ΟΝΟΜΑ:	<p>Δηλώνω υπεύθυνα ότι:</p> <p>Α) Αποδέχομαι τους όρους της με αρ.πρωτ.:19783/16.10.2024 πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.</p> <p>Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή αντίγραφα).</p> <p>Γ) Για την έναρξη συνεργασίας και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αποζημίωσης δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα αίτησή μου γίνει αποδεκτή.</p> <p style="text-align: right;">Ημερομηνία, / 10/2024 Ο/Η Δηλ.</p> <p style="text-align: right;">..... (Υπογραφή / σφραγίδα ιδιώτη ιατρού)</p>
ΕΠΙΘΕΤΟ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
Α.Δ.Τ. ή ΑΡ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Οδός και Αριθμός:	
Δήμος και Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο:	
Κινητό Τηλέφωνο:	
Email:	
Α.Μ.Κ.Α.:	
Α.Φ.Μ.:	
Ειδικότητα Ιατρού:	