

ΔΗΛΩΣΗ

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΘΗΝΩΝ



ΕΠΩΝΥΜΟ :	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
ΟΝΟΜΑ :	ΠΡΟΣΟΧΗ ΑΛΛΑΓΗ Δ/ΝΣΗΣ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:	ΟΔΟΣ:	ΑΡ:
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:	ΠΕΡΙΟΧΗ:	Τ.Κ.
ΑΣΚΩ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	ΤΑΧ. ΘΥΡΙΔΑ:	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:	ΤΗΛ:	
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:	ΚΙΝΗΤΟ:	
ΠΑΙΡΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ από:	E-MAIL:	
ΤΙΤΛΟΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ: <input type="checkbox"/> Εντατικολογία <input type="checkbox"/> Νεογνολογία <input type="checkbox"/> Λοιμωξιολογία <input type="checkbox"/> Κλιν. Μικροβιολογία <input type="checkbox"/> Επεμβ. Ακτινολογία <input type="checkbox"/> Επείγουσα Ιατρική <input type="checkbox"/> Σακχαρώδη Διαβήτη		
A.M.K.A.	A.Φ.Μ.	A.Δ.Τ.

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

ΩΣ ΙΑΤΡΟΣ Ε.Σ.Υ. - ΔΗΜΟΣΙΟΥ

στο Νοσοκομείο ή στο ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΔΥ ΤΟΜΥ (περιοχή)

1 ως Συντονιστής Διευθυντής Διευθυντής Επιμελητής Α' Επιμελητής Β' Επικουρικός

ως ειδικεύομαι στην εξειδικεύομαι στην

Με πάγια αντιμισθία

2 **ΩΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ** στο Νοσοκομείο/στη Μονάδα

ΩΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ στο Νοσοκομείο

3 ως Καθηγητής ΤΑΚΤΙΚΟΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ή ΛΕΚΤΟΡΑΣ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΣ ΥΠΟΤΡΟΦΟΣ ΕΚΠΑ Με πάγια αντιμισθία

ΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ή ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ

στην ΙΔ.ΚΛΙΝΙΚΗ

4 στον ΦΟΡΕΑ ΠΡΩΤ/ΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤ. ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ

Με πάγια αντιμισθία Κατ'αποκοπή Κατ'επίσκεψη

ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΗΛΩΝΩ ΤΗΝ ΟΙΚΙΑ ΜΟΥ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΔΡΑ

ΜΕΤΟΧΟΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

5 1ο) Οδός αριθμ. Περιοχή Τ.Κ. Τηλ.

2ο) Οδός αριθμ. Περιοχή Τ.Κ. Τηλ.

ΣΕ ΣΥΣΤΕΓΑΣΗ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΙΑΤΡΟ :

ΚΟΙΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΙΑΤΡΟ :

6 Είμαι εγγεγραμμένος στο ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ του ΙΣ.....

ΔΕΝ ΑΝΗΚΩ ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΩΣ ΑΝΩ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

Δεν εργάζομαι προσωρινά

7 Είμαι σε αναμονή για: Έναρξη ειδικότητας Συνέχιση ειδικότητας Εξετάσεις ειδικότητας Αγροτικό

Διορισμό σε θέση ΕΣΥ Σε διαδικασία έναρξης ιδιωτικού ιατρείου Άλλος λόγος

Ευρίσκομαι στο ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ: Χώρα: Έτος Λόγος

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Εισφορά έτους	Αριθ.Γραμ.	Ποσό	Ημερ/νία	Υπογρ.Υπαλ.
20.....				

ΑΘΗΝΑ / /

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

ΓΙΑ ΟΦΕΙΛΕΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΤΩΝ ή ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΒΛΕΠΕ ΟΠΙΣΘΕΝ ➔

ΔΗΛΩΣΗ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΤΩΝ

(ΑΦΟΡΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΝΑΝΕΩΣΑΝ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΤΟΥΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΕΤΗ)

ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ

Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΜΟΥ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ είχε ως εξής:

ΕΡΓΑΖΟΜΟΥΝ στον/στην

(Αναφέρεται ονομαστικά)

Είχα Επιστημονική Συνεργασία με τις εξής Ιδιωτ. κλινικές ή Διαγνωστικά εργαστήρια

.....

Δ/ση Ιατρείου

Υπογραφή Ιατρού

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:.....

Υπογραφή Εξουσιοδοτούμενου

ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

A.M:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

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 *[Επιλέγετε 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]

Συνοιών 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"/>
Συνοιών 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"/>
Συνοιών στην κοινοποίηση των στοιχείων επικοινωνίας μου σε παρατάξεις προκειμένου να μου αποστέλλουν ενημερωτικό υλικό σχετικά με τις θέσεις τους και ζητήματα συναφή με τις αρχαιρεσίες του Συλλόγου.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

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

ΑΘΗΝΑ / /

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ ΙΑΤΡΟΣ