



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ**

**ΠΡΟΣ: ΑΡΧΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΙΔΗΡΟΔΡΟΜΩΝ**

***ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΑ:***

##### ΟΝΟΜΑ:……………………………………………………………………………………………………..

##### ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………………………………………………………………

##### ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ Ή ΣΥΖΥΓΟΥ:………………………………………………………………………

##### ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:…………………………………………………………………………………….

##### ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ:.………………………………………………………….…Τ.Κ……………

ΤΗΛΕΦΩΝΑ / ΣΤΑΘΕΡΟ:…………………………………ΚΙΝΗΤΟ:……………………………….

E-mail: ……………………………………………………………………………………………………….

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:………………………………………………………………………………

ΟΙΚΕΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ:…………………………………………………………………….

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ:…………………………………………………..

- Ο / Η κάτωθι υπογεγραμμένος / η ιατρός δηλώνω υπεύθυνα ότι πληρώ τις απαιτήσεις αναγνώρισής μου οι οποίες ορίζονται στην ΚΥΑ ΑΣ19/38259/1879/23-09-2016 (Β’ 3242) και θα διενεργώ τις απαιτούμενες εξετάσεις σύμφωνα με το πλαίσιο και τις απαιτήσεις που περιγράφονται στο Νόμο 3911/2011, με βάση την ανεξαρτησία, την αμεροληψία και τις αρμοδιότητες που απορρέουν εκ της επιστημονικής κατάρτισης και του ιατρικού μου όρκου.

- Αποδέχομαι την ανάρτηση των προσωπικών μου στοιχείων στην ιστοσελίδα της «Αρχής».

- Δηλώνω ότι αποδέχομαι τις υποχρεώσεις μου και το ύψος της αμοιβής μου όπως αυτά ορίζονται με την ΚΥΑ όπως κάθε φορά ισχύει.

Ημερομηνία …… / ……./ 20....

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(Υπογραφή – Σφραγίδα)

***ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:***

1) Βεβαίωση εγγραφής σε μητρώο οικείου Ιατρικού Συλλόγου, όπου να αναφέρεται ο αριθμός μητρώου, ο χρόνος έναρξης ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και το είδος της ασκούμενης ειδικότητας.

2) Άδεια λειτουργίας ιατρείου.