

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ)

**ΑΙΤΗΣΗ
ΙΑΤΡΩΝ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ**

ΠΡΟΣ: ΜΕΡΥΠ/ΔΥΓ/ΕΔΥΠ
Κ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗ , ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ Τ.Κ 55133
Στρατόπεδο «Νταλίπη»
ΒΣΤ 903
Υπόψιν: Λγου Καραπέτσα Παρασκευής
Τηλ. 2310-025330

Του/της

(όνομα).....

(επώνυμο).....

(πατρώνυμο).....

(αρ. ταυτότητας)..... Ημ. Έκδοσης.....

(κάτοικος πόλης).....

(Δνση επαγγ. Στέγης).....

.....

(αριθ.).....(Τ.Κ).....

(περιοχή).....

(τηλέφ.).....

(E-mail).....

(κινητό).....

(Α.Φ.Μ).....

(ΔΟΥ).....

Σας γνωρίζω ότι, επιθυμώ να συνάψω σύμβαση με το ΥΠΕΘΑ (Στρατό Ξηράς, Πολεμικό Ναυτικό, Πολεμική Αεροπορία) και το Λιμενικό Σώμα, για την Υγειονομική Περίθαλψη των ασφαλισμένων του.

Κατέχω την ειδικότητα του.....

Σας επισυνάπτω τα παρακάτω:

1. Βεβαίωση εγγραφής μου στον αντίστοιχο ιατρικό σύλλογο (1).
2. Αντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος.
3. Αντίγραφο αδείας λειτουργίας ιατρείου.
4. Αντίγραφο της απόφασης χορήγησης αδείας χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
5. Υπεύθυνη δήλωση (2).
6. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας.
7. Αντίγραφο της εγκριτικής διαταγής για ιδιωτική άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος (αφορά Στρκούς ιατρούς).

Παρακαλώ για τις ενέργειές σας προς σύναψη σχετικής σύμβασης.

(τόπος, ημερομηνία).....

Ο/Η
ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

Τίθεται Σφραγίδα-Υπογραφή

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

- (1) Η βεβαίωση να είναι πρωτότυπη, να απευθύνεται στην Υπηρεσία υποβολής της αίτησης και να φέρει ημερομηνία έκδοσης εντός του τελευταίου τριμήνου προ της κατάθεσης.
- (2) Υπεύθυνη Δήλωση θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής, συμπληρωμένη με τα κάτωθι:
 - α. Αποδέχομαι τους όρους της σύμβασης με το ΥΕΘΑ.
 - β. Δεν κατέχω έμμισθη θέση στο ΕΣΥ και δεν είμαι πανεπιστημιακός ιατρός.
 - γ. Όταν διοριστώ στο Δημόσιο οφείλω να διακόψω άμεσα τη Σύμβαση με το ΥΕΘΑ διαφορετικά θα υποστώ τις νόμιμες κυρώσεις.
 - δ. Ενημερώθηκα πλήρως για τις διατάξεις υγειονομικής περίθαλψης των Στρατιωτικών εν ενεργεία (άνδρες – γυναίκες) και των μελών των οικογενειών τους σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 432/83. (ΣΔ. Ν-Δ-Α 16/84/ΥΕΘΑ/ΓΕΕΘΑ/4^η ΜΕΟ).