



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΥΒΟΙΑΣ

Ν.Π.Δ.Δ.

EVIA MEDICAL COUNCIL

Γαζέπη 38 και Πανίδου (1^{ος} όροφος) ο ΤΚ 34100 ο Χαλκίδα ο Τηλ.: 22210 23125 ο Fax : 22210 81700
E-mail : isylevia@otenet.gr ο Website : www.isevia.gr

Αρ.Πρωτ.: 1600

Χαλκίδα 10-12-2021

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΙΔΙΩΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ή ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ

Αγαπητοί Συνάδελφοι

Σας ενημερώνουμε ότι εάν κάποιο μέλος του Συλλόγου μας επιθυμεί να μπει στο πρόγραμμα εμβολιασμό και να εμβολιάζει κατ'οικον και στο ιατρείο θα πρέπει να στείλει email στο (edel@dypethessaly.gr) το παρακάτω κείμενο συμπληρωμένο καθώς και τη συνημμένη αίτηση συμπληρωμένη

«Ονομάζομαι, του, ιατρός (ειδικότητα)....., μέλος του Ιατρικού Συλλόγου και επιθυμώ να ενταχθώ στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Δεδομένου ότι αδυνατώ να προσέλθω αυτοπροσώπως στην έδρα των γραφείων της 5ης ΥΠΕ για την υπογραφή της συμβάσεως ένταξής μου, παρακαλώ να μου αποσταλεί το κείμενο της συμβάσεως. Στοιχεία επικοινωνίας : τηλ., διεύθυνση ΑΦΜ

Επίσης θα πρέπει στείλετε σκαναρισμένα τα παρακάτω έγγραφα:

1. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο ιατρικό σύλλογο
2. Υπεύθυνη Δήλωση διαθεσιμότητας να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα εμβολιασμού και να αναλάβετε τη διενέργεια εμβολιασμών κατ'οίκον ή στο ιατρείο σας
3. Άδεια λειτουργίας του ιατρείου σας

4. Πιστοποιητικό εμβολιασμού σας

Εν συνεχεία θα σταλεί στον ενδιαφερόμενο η σχετική σύμβαση και όταν επιστραφεί πίσω υπογεγραμμένη θα ενημερωθεί το τμήμα καταχώρισης ιδιωτών ιατρών στο emvolio.gr.

Επίσης όλες οι πληροφορίες είναι αναρτημένες στην ιστοσελίδα της 5^{ης} ΥΠΕ και στην πλατφόρμα: <https://emvolio.gov.gr/>. Μπορείτε επίσης να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο 2413500844, στην κα Δελμηγάλη.

Εκ του Συλλόγου



***ΑΙΤΗΣΗ- ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ'Η ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ**

ΠΡΟΣ: 5^η ΥΠΕ

Επώνυμο :.....

Όνομα :.....

Όνομα Πατέρα :.....

Όνομα Μητέρας :.....

ΑΜΚΑ:.....

Δ/ση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου -
email:.....

Τηλ. επικοινωνίας :.....

Κινητό τηλ.:.....

Δήμος:.....

Διευθυνση:.....

Τ.Κ.

Ημερομηνία:.....

Ο/Η ΑΙΤ.....

*Τα στοιχεία που ζητούνται είναι απαραίτητα για το τεχνικό τμήμα, αναφορικά με την καταχώρηση τους στο σύστημα.