



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΥΒΟΙΑΣ
Ν.Π.Δ.Δ.

EVIA MEDICAL COUNCIL

Γαζέπη 38 ◦ ΤΚ 34100 ◦ Χαλκίδα ◦ Τηλ.: 22210 23125 ◦ Fax : 22210 81700
E-mail : isylevia@otenet.gr ◦ Website : www.isevia.gr

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (αναγράφεται ο φορέας)**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών
(άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «Αναγγελία έναρξης λειτουργίας ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.» (αναγράφεται ο φορέας).....

ΠΡΟΣ:	ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΕΥΒΟΙΑΣ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ (Συμπληρώνεται από τον Ιατρικό Σύλλογο)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (Συμπληρώνεται από τον Ιατρικό Σύλλογο)
--------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:*		Α.Φ.Μ.	Αριθ. Άδειας Οδήγησης:*
Αριθ. Διαβατηρίου:*		Αριθ. Βιβλιαρίου Υγείας:*	Ιθαγένεια:
Ημερομηνία γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας	Χώρα:		Πόλη:
Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:	E - mail:

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:

Επωνυμία:					
Αρ. Καταστατικού:			Έτος Ίδρυσης:		
Αρ. και έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημερομηνία καταχώρισης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ και ΕΕ):					
Α.Φ.Μ.:			Δ.Ο.Υ.:		
Έδρα	Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Δήμος / Κοινότητα:			Νομός:		
Τηλ:		Fax:		E - mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ¹ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	Τ.Κ:
Τηλ:		Fax:	E - mail:

Παρακαλώ για την χορήγηση αναγγελίας έναρξης λειτουργίας φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
(αναγράφεται ο φορέας).....

Επωνυμία επιχείρησης:				
Εγκεκριμένος τίτλος (εάν υπάρχει) :				
Δ/ση Επιχείρησης:	Δήμος/ Κοινότητα:	Οδός:	Αριθμ.:	T.K.
Α.Φ.Μ.			Δ.Ο.Υ.	
Τηλ.:	Fax:		E-mail:	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις², που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του

άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

2. Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

3.....»

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση:
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.:
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

.....

αιτών/ούσα

(Ημερομηνία)

Ο/Η

(Σφραγίδα-

υπογραφή)

2 «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».