



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
 Γ. Παπανδρέου 2 Κτίριο Β' – 45444 Ιωάννινα τηλ. 26510-25324 fax 26510-32907  
 e-mail : [isioan@otenet.gr](mailto:isioan@otenet.gr) [www.isioanninon.gr](http://www.isioanninon.gr)

HELLENIC REPUBLIC  
**MEDICAL ASSOCIATION OF IOANNINA**  
 2 G. Papandreou str. – 45444 Ioannina Greece tel 26510-25324 fax 26510-32907  
 e-mail : [isioan@otenet.gr](mailto:isioan@otenet.gr) [www.isioanninon.gr](http://www.isioanninon.gr)

**ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ  
 ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

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

Περιγραφή αιτήματος : «Αναγγελία έναρξης λειτουργίας ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ»

ΠΡΟΣ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ  / /
------	---------------------------------	-----------------------	-----------------------

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

Όνομα:			Επώνυμο:		
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:		
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:		
Αριθμ. Δελτ. Ταυτότητας:*		Α.Φ.Μ.		Αριθ. Αδειας Οδήγησης:*	
Αριθ. Διαβατηρίου:*		Αριθ.Βιβλιαρίου Υγείας:*		Ιθαγένεια:	
Ημερομηνία Γέννησης:			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:			Πόλη:	
Οδός:		Αριθ.:		Τ.Κ.	
Τηλ.:		Fax:		E-mail	
Α.Μ. Ε.Τ.Α.Α.		Α.Μ.Κ.Α		Κινητό.	

\*συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας.

Ο αιτών

Ιωάννινα, / /