ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ

Προς το
Διοικητικό Συμβούλιο του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.
Ομήρου 5
105 64 Αθήνα

Επώνυμο : …….
Όνομα:……
Όνομα πατέρα:……
Ειδικότητα:……..
Χρονολογία λήψης πτυχίου:…….

Σύντομο βιογραφικό σημείωμα

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Διεύθυνση Ιατρείου

Οδός_____αρ._____

Περιοχή_____

Τηλέφωνο_____

Κινητό……..

Email ……

Με την παρούσα σας γνωρίζω ότι δέχομαι να παρέχω στους ασφαλισμένους του Ταμείου σας τις ιατρικές μου υπηρεσίες στο δικό μου ιατρείο, με βάση τις ισχύουσες αμοιβές των ιατρικών πράξεων, θεραπειών κλπ που έχει καθορίσει το Διοικητικό σας Συμβούλιο και για τις οποίες έχω πλήρως ενημερωθεί.

Η δέσμευσή μου ισχύει για πέντε (5) έτη, η δε αμοιβή μου για το διάστημα αυτό θα αναπροσαρμόζεται αναλόγως σε περίπτωση που το Διοικητικό Συμβούλιο του Ταμείου σας μεταβάλλει το ύψος των αμοιβών.

Τυχόν υπαναχώρησή μου από την παρούσα δήλωση θα γνωστοποιείται εγγράφως στο Ταμείο σας, στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου **DLsymvaseis@atpsyte.gr**

_____/____/202_
(Πόλη)

Ο Ιατρός

Επισυνάπτω με την παρούσα :
- Βιογραφικό
- Πτυχίο
- Άδεια άσκησης επαγγέλματος
- Άδεια λειτουργίας του ιατρείου
- Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου

(υπογραφή – σφραγίδα)