



Ι.  
Σ.  
Θ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΗΒΑΣ  
ΚΑΔΜΟΥ 1 -ΤΘ 102  
ΘΗΒΑ 32200  
Τηλ: 22620-80701-Φαξ:22620-80961  
Email [isthivon@gmail.com](mailto:isthivon@gmail.com)

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 ΘΗΒΑΣ	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 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ**<sup>1</sup> (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.
A.Φ.Μ.				Δ.Ο.Υ.
Τηλ.:	Fax:		E-mail:	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, 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:

.....  
(Ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(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».