

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (Δήλωση ασκήσεως επαγγέλματος Άρθρο 7 Ν. 1026/80)				
ΕΤΟΣ				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ				
ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ:	ΑΡ.ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΔ/ΤΡΕΙΟΥ:			
ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:			
ΑΦΜ:	ΑΔΤ:	ΑΜΚΑ:		
ΟΙΚΟΓ.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Άγαμος / Έγγαμος / Διαζευγμένος / Σε χηρεία			
ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ	ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
ΦΥΛΟ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ		
Αριθμός ΜΗΤΡΩΟΥ (ΤΣΑΥ) ΕΦΚΑ				
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΝΕΡΓΟ / ΑΝΕΝΕΡΓΟ			
ΛΟΓΟΣ ΑΠΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ				
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ				
ΑΔΕΙΑ /ΒΕΒΑΙΩΣΗ		ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ		
ΑΡΙΘΜΟΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ /ΑΔΕΙΑΣ			
ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ				
ΑΔΕΙΑ/ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ Χ-ΟΔ				
ΤΙΤΛΟΙ		ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ		
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ				
ΑΡ.ΠΤΥΧΙΟΥ	ΗΜΕΡ. ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ			
ΧΩΡΑ	ΑΡΧΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ/ Σπουδές εκτός Ελλάδος ή ΕΕ			
ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟΙ ΤΙΤΛΟΙ				
Επιλογές: (Διαγράψτε ότι ΔΕΝ σας αφορά)	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ / ΛΕΚΤΟΡΑΣ / ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ / ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ / ΤΑΚΤΙΚΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ			
ΤΙΤΛΟΙ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ				
ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΙΣ				
ΤΙΤΛΟΣ				
ΧΩΡΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ				
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ				
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ				
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ				
ΑΡΧΗ & ΑΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ				
ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ				
ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ				
ΓΛΩΣΣΑ				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ-				
ΟΔΟΣ	ΑΡ.	ΠΟΛΗ		
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΤΚ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ-				
1) Ασκώ το επάγγελμα του Οδοντίατρου		διατηρών ίδιον Οδοντιατρείο		
ΟΔΟΣ	ΑΡ.	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΤΚ	ΤΗΛ.
ΟΔΟΣ	ΑΡ.	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΤΚ	ΤΗΛ.
ΟΔΟΣ	ΑΡ.	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΤΚ	ΤΗΛ.
ΟΔΟΣ	ΑΡ.	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΤΚ	ΤΗΛ.
2) Ασκώ το επάγγελμα του Οδοντίατρου		από κοινού με τον οδοντίατρο		

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝ.ΜΗΤΡΟΣ
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝ.ΜΗΤΡΟΣ
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ	ΟΝ.ΜΗΤΡΟΣ
3) Παρέχω τις υπηρεσίες μου με πάγια αντιμισθία στον : Επώνυμο(ή επωνυμία),Όνομα, Πατρώνυμο, Οδός, Περιοχή, Τ.Κ. , Ποσό αντιμισθίας (μηνιαία)			
4)Παρέχω τις υπηρεσίες μου κατ'αποκοπή στον: Επώνυμο(ή επωνυμία),Όνομα, Πατρώνυμο, Οδός, τ.κ. , Περιοχή, Ποσό αμοιβής			
5) Παρέχω τις υπηρεσίες μου κατ'επίσκεψη στον: Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Οδός, περιοχή, τ.κ., Ποσό αμοιβής			
6) ΥΠΑΛΛΗΛΙΚΗ ΣΧΕΣΗ Προσδιορίστε (ΠΕΔΥ, ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΔΗΜΟΣΙΟ)			
7) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ		(ΒΙΒΛΙΑ ΕΦΟΡΙΑΣ)	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ			
ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΤΚ	
ΠΟΛΗ			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΚΙΝΗΤΟ		
ΦΑΞ	E_MAIL		

Ενημέρωση για τήρηση Αρχείου

Ενημερώθηκα ότι ο Οδοντιατρικός Σύλλογος τηρεί Αρχείο Προσωπικών Δεδομένων των μελών του και ότι τα άνω στοιχεία αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας. Ενημερώθηκα για το σκοπό τήρησης και επεξεργασίας του αρχείου, τους αποδέκτες (μέλη Ο.Σ.Η., φορείς δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και τρίτοι, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις η μετά από άδεια της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα), το δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα που με αφορούν και αντίρρησης, σύμφωνα με τα άρθρα 11-13 του Ν.2472/97.

Δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι στη διάθεση προσωπικών μου στοιχείων (ονοματεπώνυμο, δ/νση ιατρείου, τηλέφωνο) αποκλειστικά για στατιστικούς και επιστημονικούς σκοπούς.

Σε περίπτωση μη συγκατάθεσης, γράψτε ΟΧΙ στο πλαίσιο .

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν.1599/86 δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω είναι αληθή.

Ο/Η Υπεύθυνα δηλών/ουσα Οδοντίατρος