

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Ε.Ο.Π.Υ.Υ. – ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι **ως ιατρός ειδικότητας**με ΑΜΚΑ ΑΦΜ.....

ΔΟΥ Αρ. ΤΣΑΥ..... ΑΜ Ιατρικού Συλλόγου

Δ/ΝΣΗ Αρ..... Τ.Κ..... Πόλη

Τηλ.

Δηλώνω ότι:

- Τ' ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή.
- Αποδέχομαι την ανάρτηση των στοιχείων μου (επωνυμία, δ/ση, τηλέφωνα κλπ) στα ειδικά πληροφοριακά έντυπα και site του ΕΟΠΥΥ και την επεξεργασία τους από τις αρμόδιες υπηρεσίες.
- Αποδέχομαι την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στη **Σύμβαση Παροχής Υπηρεσιών Οικογενειακού Ιατρού**.
- Δεν έχει καταγγελθεί η ατομική σύμβασή μου από τον ΕΟΠΥΥ για αντισυμβατική συμπεριφορά που αποδεικνύεται από έγγραφα στοιχεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Δεν έχω αμετάκλητες καταδικαστικές αποφάσεις σύμφωνα με τα άρθρα 68 και 153 του Ν.4281/2014 (ΦΕΚ Α' 160/08-08-2014), δεν μου έχει επιβληθεί οποιαδήποτε ποινή για οικονομικά εγκλήματα, ή ποινή/διοικητική κύρωση από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Έχω εξοφλήσει τυχόν πρόστιμα τα οποία ενδεχομένως έχουν επιβληθεί για οποιονδήποτε λόγο από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή από τους ενταχθέντες σε αυτόν φορείς κοινωνικής ασφάλισης, εκτός εάν η εφαρμογή τους έχει ανασταλεί με δικαστική απόφαση.
- Δεν είμαι τακτικός υπάλληλος του Δημοσίου ή ΝΠΔΔ ή ΟΤΑ α ή β' βαθμού ή Ανεξάρτητων Αρχών με τις διατάξεις του Ν.2190/1994 και δεν λαμβάνω οποιαδήποτε άλλη αμοιβή από σχέση εργασίας με το δημόσιο.
- Δεν τελώ υπό πτώχευση, δικαστική συμπαράσταση, εκκαθάριση.
- Δεν κατέχω θέση επιστημονικά υπεύθυνου σε συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ Πολυϊατρείο.

Ημερομηνία, / /20

Ο/Η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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. (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.