

ΔΗΛΩΣΗ
ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Επωνυμία: _____

Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ: _____

Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: _____

Τηλέφωνο: _____ email: _____

Δ/ση Έδρας

Οδός: _____ όροφος: _____

Περιοχή: _____ Τ.Κ.: _____

*(Σε περίπτωση που η δήλωση αφορά Υποκατάστημα)

Δ/ση Υποκαταστήματος

Οδός: _____ όροφος: _____

Περιοχή: _____ Τ.Κ.: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____

ΑΔΤ: _____

Τηλ: _____ Κιν: _____

Είδος φορέα

*(Οι εταιρείες ΙΚΕ, ΕΕ, ΟΕ και ΕΠΕ που η μετοχική τους σύνθεση αποτελείται μόνο από γιατρούς θα αντιμετωπίζονται όπως οι μονοπρόσωπες εταιρείες)

1. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ
 ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΕΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ
 ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
 ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΙΔ. ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

2. Αριθμός Επιστημονικά Υπευθύνων Ιατρών: _____

3. Αριθμός Εργαζομένων Ιατρών (Με υπαλληλική σχέση εργασίας): _____

ΘΕΣ/ΝΙΚΗ / /20...

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος νόμιμος εκπρόσωπος της εταιρείας με επωνυμία
....., εξουσιοδοτώ τον/την
....., με αριθμ. Δελτίου Ταυτότητας
..... που εκδόθηκε από να υποβάλλει την ετήσια δήλωση στον
Ι.Σ.Θ. για την εγγραφή της εταιρείας στο Μητρώο των εταιρειών του Ι.Σ.Θ.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:/...../20.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Ο/Η ΝΟΜΙΜΟΣ

ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ