**Πανελλήνια Ένωση Εργαστηριακών Γιατρών Βιοπαθολόγων-Κυτταρολόγων-Παθολογοανατόμων**

**Σύνδεσμος Ελλήνων Ιδιωτών Πυρηνικών Ιατρών**

**Πανελλήνια Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Ακτινολόγων**

Πανεπιστημίου 56 10678 Αθήνα τηλ: 210 3306487 fax:2103306459 Mail : **posipy1@gmail.com**

**Ιστοσελίδα : www.posipy.gr**

**Εξουσιοδότηση-Δήλωση στον Ιατρικό Σύλλογο \_ \_ \_ \_ \_\_**

Στοιχεία ιατρού - ιατρικής εταιρείας: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Επώνυμο:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Πατρώνυμο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Εκπροσωπώ την Ιατρική Εταιρεία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Διεύθυνση Ιατρείου/Εταιρείας: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ειδικότητα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Οι ανειδίκευτοι ιατροί παρακαλούνται να σημειώσουν ANEY ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

Αριθμός δελτίου αστυνομικής ταυτότητας:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΑΦΜ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Αριθμός Μητρώου Ι.Σ.Α.(ιατρού ή εταιρείας): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Ο/Η υπογράφων/ουσα με στοιχεία που αναφέρονται παραπάνω, ατομικά /ή με την ιδιότητα του νομίμου εκπροσώπου της παραπάνω εταιρείας, που είναι φορέας ΠΦΥ νόμιμα αδειοδοτημένος και συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ έχοντας λάβει σοβαρά υπ’ όψη τις εξαιρετικά ιδιάζουσες και δυσμενείς συνθήκες, υπό τις οποίες είμαστε σήμερα αναγκασμένοι να παρέχουμε τις ιατρικές μας υπηρεσίες σε ένα συνεχώς αναδιαμορφούμενο πλαίσιο σχέσεων και υποχρεώσεων για τη συνεργασία μας με τον ΕΟΠΥΥ (μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας από τους ιδιώτες ιατρούς για τους έλληνες ασφαλισμένους), με την παρούσα μου εξουσιοδοτώ το ΝΠΔΔ με την επωνυμία ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ \_ \_ \_ \_ \_ \_ που εδρεύει στην \_ \_ \_ \_ \_ , οδός\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, αριθμός \_ \_ \_, να με εκπροσωπεί πλήρως και να προβεί αντ’ εμού, στο όνομά μου και για λογαριασμό μου, διά του Προέδρου του ή άλλου ορισθέντος για το σκοπό αυτό εκπροσώπου του, στη διαπραγμάτευση και συμφωνία νέων όρων συλλογικής σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ με γνώμονα την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, την προάσπιση της τιμής, της αξιοπρέπειας και της επιστημονικής ελευθερίας κάθε ιατρού, όπως επιβάλλουν οι αρχές και οι κανόνες ορθής άσκησης της Ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας, αλλά και οι υποχρεώσεις για την προστασία της υγείας των ασθενών μου, αλλά και την ανάγκη εξασφάλισης βιώσιμων συνθηκών άσκησης του λειτουργήματός μου.

Η παρούσα εξουσιοδότηση παραμένει ενεργός και ισχυρή μέχρι την ανάκλησή της, για την οποία ορίζω από τώρα, ως μόνο και αποκλειστικό τύπο, την επίδοση σχετικής έγγραφης δήλωσής μου προς τον Ιατρικό Σύλλογο\_ \_ \_ \_ \_ \_.

**Εξουσιοδοτώ**