

ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ – ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

Του (της)
του επικουρικού ιατρού
(ειδικότητας) που υπηρετώ στη
Μονάδα Υγείας – Κ.Υ.. κατοίκου
..... οδός
αριθμ. / Α.Φ.Μ. Δ.Ο.Υ.
....., ΤΗΛ.

ΠΡΟΣ

Το Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την
επωνυμία «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ» (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ) (..... Δ.Υ.Πε.), που
εδρεύει στη Θεσσαλονίκη (Αριστοτέλους 16) και
εκπροσωπείται νόμιμα.

Όπως καλά γνωρίζετε μέχρι και σήμερα εξακολουθώ
να παρέχω ευδόκιμα και αποδοτικά τις υπηρεσίες και
την εργασία μου ως ιατρός με την ειδικότητα του
..... στην Μονάδα Υγείας –
Κ.Υ., που ανήκει στη
Διοικητική Περιφέρεια ευθύνης σας.

Με την παρούσα σας γνωστοποιώ και σας δηλώνω ρητά ότι επιθυμώ να συνεχίσω να παρέχω τις υπηρεσίες και την εργασία μου, όπως μέχρι σήμερα.

Σας δηλώνω ότι εφόσον δεν επιθυμείτε στο εξής την παροχή των υπηρεσιών και της εργασίας μου, να μου το γνωστοποιήσετε εγγράφως, άλλως εγώ θα συνεχίσω, όπως έχω υποχρέωση, να παρέχω κανονικά τις υπηρεσίες και την εργασία μου, προσερχόμενος τις κανονισμένες ημέρες και ώρες στην προαναφερόμενη Μονάδα Υγείας – Κ.Υ. της Διοικητικής Περιφέρειας ευθύνης σας, εκτελώντας τα καθήκοντά μου.

Θεσσαλονίκη

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ ΚΑΙ ΔΗΛΩΝ/ΔΗΛΟΥΣΑ