

## Αίτηση Συμμετοχής Πλήρους-Τακτικού Μέλους

Παρακαλώ όπως δεχθείτε την αίτηση συμμετοχής μου, για να ενταχθώ ως Τακτικό Μέλος στην Open Health Alliance και όπως με συμπεριλάβετε από τώρα στο δυναμικό του οργανισμού με στόχο την επίτευξη κεντρικών συμφωνιών που θα ενισχύσουν και θα προβάλλουν το ιατρικό μου έργο.

Έλαβα γνώση από την ιστοσελίδα του οργανισμού για τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των Τακτικών Μελών καθώς και για τα δικαιολογητικά που θα πρέπει να προσκομίσω.

Ημερομηνία:...../...../.....

Επώνυμο: .....

Όνομα : .....

Ειδικότητα :.....

Κινητό Τηλέφωνο :.....

Διεύθυνση Ιατρείου ή Ιατρικής Εταιρίας , ΤΚ, Πόλη: .....

.....

Επωνυμία Ιατρικής Εταιρίας (εάν υπάρχει): .....

.....

.....  
(Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο Ολογράφως- Σφραγίδα για τις Ιατρικές Εταιρίες)

.....  
*Η αίτηση παρακαλούμε όπως αποσταλεί στο fax:2118002084 ή στο email:  
info@ohanet.gr ή στην διεύθυνση Βίαντος 2, 10442, Αθήνα.*

## ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ OPEN HEALTH ALLIANCE

Για την νομότυπη υποβολή της αίτησης εγγραφή σας, ως Τακτικού Μέλους, απαιτείται α) η συμπλήρωση της φόρμας εκδήλωσης ενδιαφέροντος της ανωτέρω φόρμας ή της αντίστοιχης φόρμας στον ιστότοπο [www.ohanet.gr](http://www.ohanet.gr) και β) η ηλεκτρονική υποβολή ή η ταχυδρομική αποστολή των ακόλουθων δικαιολογητικών :

### Α. ΓΙΑ ΤΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ

1. Φωτοτυπία της Ιατρικής Ταυτότητας του συλλόγου που ανήκετε ή Φωτοτυπία της βεβαίωσης εγγραφής του ιατρού στον κατά τόπο αρμόδιο Ιατρικό Σύλλογο, από την οποία προκύπτουν η άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος και η ασκούμενη ιατρική ειδικότητα.
2. Φωτοτυπία της άδειας λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου ή ιδιωτικού εργαστηρίου.
3. Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα σε Ηλεκτρονική μορφή.
4. Αναλυτική Λίστα Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού η οποία κατ' ελάχιστον θα περιλαμβάνει τις στήλες που αναφέρονται στο ακόλουθο παράδειγμα.

Περιγραφή	Έτος Απόκτησης	Σχόλια
π.χ. Βιοχημικός Αναλυτής Konelab T30	2008	χχχ
π.χ. Αναλυτής Αίματος Sysmex K1000	2008	χχχ

5. Αναλυτική Λίστα Εξοπλισμού Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών η οποία κατ' ελάχιστον θα περιλαμβάνει τις στήλες που αναφέρονται στο ακόλουθο παράδειγμα.

Περιγραφή	Έτος Απόκτησης	Σχόλια
π.χ. τρία Laptops με windows XP	2008	χχχ
π.χ. τρεις desktop υπολογιστές με windows XP	2008	χχχ
π.χ. Ηλεκτροκαρδιογράφος PBI-QRS	2008	χχχ
π.χ. λογισμικό ιατρείου	2010	χχχ
π.χ. ένας κεντρικός server	2011	χχχ
π.χ. δύο laser εκτυπωτές έγχρωμοι	2010	χχχ
π.χ. τηλεφωνικό κέντρο	2008	χχχ

6. Σε επόμενο στάδιο και εφόσον έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία ελέγχου της αιτήσεως εγγραφής σας και γίνει αποδεκτή αυτή, θα σας αποσταλεί ειδοποίηση για την κατάθεση, στον τραπεζικό λογαριασμό της τράπεζας ΕΘΝΙΚΗ IBAN GR83 0110 0400 0000 0404 8313 060 της ισχύουσας εισφοράς εγγραφής(\*) Η καταβολή της εισφοράς μπορεί να γίνει και μέσω πιστωτικής κάρτας με άτοκες δόσεις.

## **B. ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ**

1. Φωτοτυπία του Καταστατικού της Ιατρικής εταιρείας και τυχόν περαιτέρω νομιμοποιητικά έγγραφα (φωτοτυπία) εκπροσώπου για τις ΑΕ.
2. Φωτοτυπία της άδειας λειτουργίας ιδιωτικού εργαστηρίου ή ιδιωτικού πολυϊατρείου με ρητή αναφορά στα επιμέρους τμήματα.
3. Ονομαστικό κατάλογο επιστημονικών υπευθύνων των επιμέρους τμημάτων με τα πλήρη στοιχεία τους (ειδικότητα, ΑΜ Ιατρ. Συλλόγου).
4. Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα (σε Ηλεκτρονική μορφή) του Επιστημονικού Διευθυντού για τις ιατρικές εταιρείες κάθε νομικής μορφής.
5. Αναλυτική Λίστα Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού η οποία κατ' ελάχιστον θα περιλαμβάνει τις στήλες που αναφέρονται στο ακόλουθο παράδειγμα.

Περιγραφή	Έτος Απόκτησης	Σχόλια
π.χ. Βιοχημικός Αναλυτής Konelab T30	2008	χχχ
π.χ. Αναλυτής Αίματος Sysmex K1000	2008	χχχ

6. Αναλυτική Λίστα Εξοπλισμού Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών η οποία κατ' ελάχιστον θα περιλαμβάνει τις στήλες που αναφέρονται στο ακόλουθο παράδειγμα.

Περιγραφή	Έτος Απόκτησης	Σχόλια
π.χ. τρία Laptops με windows XP	2008	χχχ
π.χ. τρεις desktop υπολογιστές με windows XP	2008	χχχ
π.χ. Ηλεκτροκαρδιογράφος PBI-QRS	2008	χχχ
π.χ. λογισμικό ιατρείου	2010	χχχ
π.χ. ένας κεντρικός server	2011	χχχ
π.χ. δύο laser εκτυπωτές έγχρωμοι	2010	χχχ
π.χ. τηλεφωνικό κέντρο	2008	χχχ

7. Σε επόμενο στάδιο και εφόσον έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία ελέγχου της αιτήσεως εγγραφής σας και γίνει αποδεκτή αυτή, θα σας αποσταλεί ειδοποίηση για την κατάθεση, στον τραπεζικό λογαριασμό της τράπεζας ΕΘΝΙΚΗ IBAN GR83 0110 0400 0000 0404 8313 060 της ισχύουσας εισφοράς εγγραφής(\*). Η καταβολή της εισφοράς μπορεί να γίνει και μέσω πιστωτικής κάρτας με άτοκες δόσεις.

**Η υποβολή των ως άνω δικαιολογητικών αποτελεί προϋπόθεση για τον έλεγχο της αίτησης σας από το Διοικητικό Συμβούλιο και εισήγηση προς την Γ.Σ. για την εγγραφή σας ως μέλος της OPEN HEALTH ALLIANCE.**

Τα ανωτέρω δικαιολογητικά μπορούν να αποσταλούν στο fax:2107489105 ή στο email: [info@ohanet.gr](mailto:info@ohanet.gr) ή στην διεύθυνση Βίαντος 2, 10442, Αθήνα.

(\* *Οι εισφορές εγγραφής ορίζονται ως εξής (η καταβολή της εισφοράς μπορεί να γίνει και μέσω πιστωτικής κάρτας με άτοκες δόσεις): **χίλια (1.000,00) ευρώ** για τους ιατρούς φυσικά πρόσωπα, **χίλια πεντακόσια (1.500,00) ευρώ** για τις ιατρικές εταιρείες κάθε νομικής μορφής, οι οποίες νομίμως λειτουργούν ιδιωτικό ιατρείο ή ιδιωτικό διαγνωστικό εργαστήριο κατά τις κείμενες διατάξεις (δραστηριοποίηση μέχρι δύο ειδικοτήτων), και **τρεις χιλιάδες (3.000,00) ευρώ** για τις ιατρικές εταιρείες που λειτουργούν κατά τις κείμενες διατάξεις ιδιωτικό πολυϊατρείο (τρεις και πάνω).*

**Για περισσότερες πληροφορίες είμαστε στην διάθεση σας**

**Open Health Alliance**