### 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 Ν. 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Διεύθυνση Συμβάσεων /Τμήμα Συμβάσεων Παρόχων ΔΦΥ** | | | | | | | | | | | | |
| 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/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις(3) που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρ.22 του Ν.1599/1986 δηλώνω ως **νόμιμος εκπρόσωπος** του ΚΔ-ΗΦ

με την επωνυμία:………………………………………………………………………………………………………………………………,

Διακριτικό Τίτλο: ………………………………………………………………………………………………………………………………,

ΑΦΜ:……………………………, ΔΟΥ:…………………………., η οποία λειτουργεί στη Δ/ΝΣΗ:……………………………………., Αριθμός:………………….., Τ.Κ.:……………….., ΠΟΛΗ:……………………………….., ΤΗΛ.:…………………………………………

δηλώνω ότι:

* Ο υπεύθυνος ιατρός του ΚΔ-ΗΦ είναι: .…………………………………………με Α.Μ. Ιατρικού Συλλόγου.:……………….
* Ο επιστημονικά υπεύθυνος της δομής είναι: ……………………………………………………………………………………..
* Τα στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού του φορέα (IBAN) είναι: …………………………………………………………………
* Τα στοιχεία του διαχειριστή του τραπεζικού λογαριασμού του φορέα είναι :…………………………………………………..
* Ο αριθμός των ωφελούμενων βάσει άδειας λειτουργίας του ΚΔ-ΗΦ είναι: ……………………………………………………
* Η πληρότητα κατά την υποβολή της αίτησης είναι: ………………………………………………………………………………
* Η πραγματική διάρκεια ημερήσιας λειτουργίας του ΚΔ-ΗΦ είναι: ……………………………………………………………….

Ημερομηνία: ……/…./20…

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και Σφραγίδα)

(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.