**Ε Ξ Ο Υ Σ I O Δ Ο Τ Η Σ Η - 1**

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα ……………………………. …………………………….. του ……………….., ιατρός ………………………… *(ειδικότητα),* κάτοικος ………………………, οδός ……………………., αριθμός …..., με την παρούσα μου εξουσιοδοτώ την «ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ» που εδρεύει στην Αθήνα, οδός Πανεπιστημίου, αριθμός 56, όπως νόμιμα εκπροσωπείται, να ενεργήσει, στο όνομά μου και για λογαριασμό μου, εκπροσωπόντας με πλήρως, για την άσκηση του **δικαιώματος επίσχεσης** έναντι του ΕΟΠΥΥ, απευθύνοντας προς τον Οργανισμό αυτόν σχετική δήλωσή μου, με την οποία αρνούμαι την εκπλήρωση των συμβατικών μου υποχρεώσεων απέναντί του εωσότου αυτός εκπληρώσει, πλήρως και ολοσχερώς. τις ληξιπρόθεσμες οφειλές του προς εμένα, δεδομένου ότι μέχρι σήμερα εξακολουθεί να μου οφείλει ληξιπρόθεσμες αμοιβές για τους μήνες Απρίλιο, Μάιο, Ιούνιο, Οκτώβριο, Νοέμβριο και Δεκέμβριο 2015.

Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι εγγράφου ανακλήσεώς της από μέρους μου

………………………. *(πόλη),* …………………… *(ημερομηνία)*

**Ο/Η ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩΝ/ΟΥΣΑ ΙΑΤΡΟΣ**

*(υπογραφή και ιατρική σφραγίδα)*

* *- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -*

**Ε Ξ Ο Υ Σ I O Δ Ο Τ Η Σ Η - 2**

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα ……………………………. …………………………….. του ……………….., ιατρός ………………………… *(ειδικότητα),* κάτοικος ………………………, οδός ……………………., αριθμός …..., μέλος του «ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ …………………….», με την παρούσα μου εξουσιοδοτώ τον Ιατρικό μου Σύλλογο αυτόν, που εδρεύει στ… ………………………….., οδός …………………., αριθμός ……, όπως νόμιμα εκπροσωπείται, προκειμένου, σε συνεργασία και σύμπραξη με την «ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ» που εδρεύει στην Αθήνα, οδός Πανεπιστημίου, αριθμός 56, όπως νόμιμα εκπροσωπείται, να ενεργήσουν από κοινού, στο όνομά μου και για λογαριασμό μου, εκπροσωπόντας με πλήρως, **για τη διαπραγμάτευση και υπογραφή της νέας Σύμβασής μου με τον ΕΟΠΥΥ,**

Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι εγγράφου ανακλήσεώς της από μέρους μου

………………………. *(πόλη),* …………………… *(ημερομηνία)*

**Ο/Η ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩΝ/ΟΥΣΑ ΙΑΤΡΟΣ**

*(υπογραφή και ιατρική σφραγίδα)*