

Lined writing area with horizontal dotted lines.

Ημερομηνία :

Υπογραφή Καταγγέλλοντος: -----

Εγκρίνεται/Ελέγχθηκε: -----

(Υπογραφή Ελέγχοντος Λειτουργού)

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

Blank area for notes.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ

1. Σκοπός του Παρόντος Εντύπου

Στο παρόν έντυπο καταγράφονται τα γεγονότα και γενικά οι πληροφορίες που αφορούν την υποβολή καταγγελίας κατά ιατρού στο Συμβούλιο Ιατρικού Σώματος του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου.

2. Πώς Υποβάλλεται η Καταγγελία

2.1 Η καταγγελία συντάσσεται με βάση το παρόν έντυπο, στην ελληνική ή τουρκική γλώσσα ή αγγλική γλώσσα.

2.2 Η καταγγελία υποβάλλεται πάντοτε υπογραμμένη στη διεύθυνση:

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
Θάσου 14 – Rita Court 17, 5 όροφος Γραφείο 501,
1087 Λευκωσία

2.3 Η παράδοση μπορεί να γίνει:

- (α) ιδιοχείρως στο γραφείο του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου,
- (β) με ταχυμεταφορά - courier
- (γ) με συστημένη επιστολή, συνοδευόμενη από απόδειξη παραλαβής ή
- (δ) μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση deontologia@pis.cyma.org.cy

2.4 Τα συνοδευτικά έγγραφα υποβάλλονται σε ακριβή αντίγραφα του πρωτοτύπου ή/και σε πρωτότυπο. Τα έγγραφα αυτά υποβάλλονται στη γλώσσα στην οποία έχουν συνταχθεί και εφόσον η γλώσσα αυτή δεν είναι η ελληνική ή η τουρκική ή η αγγλική, σε επίσημη μετάφραση στην ελληνική ή στην τουρκική ή στην αγγλική.

2.5 Για την υποβολή της καταγγελίας καταβάλλεται παράβολο ύψους € 50 το οποίο δύναται να επιστραφεί με απόφαση της Επιτροπής Δεοντολογίας ή του Σ.Ι.Σ.

3. Συλλογή Στοιχείων και Κατάθεση Καταγγελιών

Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων, τεκμηρίων και στοιχείων της καταγγελίας θα γίνεται με βάση τις πρόνοιες της εκάστοτε εν ισχύ νομοθεσίας για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.