

13-2-2021

ΠΡΟΣ: Μέλη Σ.Ι.Ε.Β.Ε. - Φ.Σ.Ε.Κ και Εργαζόμενες/νοι στο Φάρμακο
ΚΟΙΝ.: Π.Ο.Ι.Ε. – Φ.Σ.Ε.Κ.

ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Το πρόγραμμα εμβολιασμού ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ κατά της COVID 19 που είναι σε εξέλιξη, ορθώς περιλαμβάνει κατά προτεραιότητα τις ευπαθείς ομάδες, τους ηλικιωμένους και τους εργαζόμενους στον χώρο της υγείας. Σταδιακά, ενόσω βελτιώνεται η προμήθεια των εμβολίων, γίνονται ενέργειες, πάντα με την συνδρομή, τις επαφές προς τα Υπουργεία και τους φορείς αλλά και τον συντονισμό της Ομοσπονδίας μας (Πανελλήνια Ομοσπονδία Ιατρικών Επισκεπτών, Φαρμακευτικών και Συναφών Επαγγελματιών και Κλάδων - ΠΟΙΕΦΣΕΚ). Στόχος είναι να ενταχτούν στο πρόγραμμα κατά προτεραιότητα οι ομάδες πεδίου των φαρμακευτικών Εταιρειών και συγκεκριμένα οι Ιατρικοί Επισκέπτες και όσοι φαρμακοϋπάλληλοι κυκλοφορούν εντός Νοσοκομείων και Ιατρείων, τόσο για την δική τους όσο και γενικότερα για την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Ανάλογες ενέργειες έχουν γίνει και από αρκετά Σωματεία και Συλλόγους.

Για τον καλύτερο συντονισμό των ενεργειών της Ομοσπονδίας Πανελλαδικά, όσο και για την αποτύπωση των αναγκών του κάθε Σωματείου και Συλλόγου του κλάδου, καλούμε τα μέλη μας να δηλώσουν την πρόθεσή τους να εμβολιαστούν για την αντιμετώπιση της πανδημίας του Sars - Covid 19, **το αργότερο μέχρι και τις 23-2-2021**

Παρακαλούμε, να μπείτε στην παρακάτω φόρμα στην ιστοσελίδα του Σωματείου μας και να συμπληρώσετε τα στοιχεία σας, ακολουθώντας τις ακόλουθες οδηγίες.

<https://www.sieve.gr/contact.html>

Στο πεδίο **ΟΝΟΜΑ** συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο σας

Στο πεδίο **EMAIL** συμπληρώστε την διεύθυνση του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σας.

Στο πεδίο **ΤΗΛΕΦΩΝΟ** το κινητό τηλέφωνο σας.

Στο πεδίο **ΘΕΜΑ** επιλέξτε το OTHER

Στο πεδίο **ΜΗΝΥΜΑ** γράψτε (ή χρησιμοποιήστε το Αντιγραφή -Επικόλληση, copy - paste) τα παρακάτω στοιχεία με κεφαλαία γράμματα και την ακόλουθη δήλωση:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (επώνυμο και όνομα)

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ (όνομα πατέρα)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ (αριθμός μητρώου μέλους του Σωματείου που αναγράφετε και στην Επαγγελματική Ταυτότητα του ΣΙΕΒΕ-ΦΣΕΚ)

ΕΤΑΙΡΕΙΑ (όνομα εταιρείας που εργάζεστε)

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (Δήμος όπου διαμένετε)

ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Δηλώνω ότι διάβασα με προσοχή την Ενημέρωση και Εξουσιοδότηση / Δήλωση Συναίνεσης για την προστασία των προσωπικών δεδομένων σχετικά με την ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ και την αποδέχομαι, όπως δημοσιεύεται στο <https://www.sieve.gr/component/k2/item/333-2021-02-13-11-20-53.html>

Τέλος πατήστε **ΑΠΟΣΤΟΛΗ** για να ολοκληρωθεί η διαδικασία.

Επικοινωνία

Τάσος Λαζαρίδης (Γενικός Γραμματέας) τηλ. 6983245968
email: tasos.lazaridis@gmail.com Για πληροφορίες σχετικά με την δήλωση.

Γιώργος Κυριακού (Οργανωτικός Γραμματέας) τηλ. 6942476347
email: giorgiokyriakou@gmail.com Για νέες εγγραφές και έκδοση Επαγγελματικής Ταυτότητας του Σωματείου.

Απόστολος Ανδριτσούδης (Ταμίας) τηλ. 6944710582
email: ap.andritsoudis@gmail.com Για συνδρομές και οικονομικές εκκρεμότητές.

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ Σ.Ι.Ε.Β.Ε. – Φ.Σ.Ε.Κ.

ΓΙΑ ΤΟ Δ.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο Γ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΚΑΦΕΤΖΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ ΤΑΣΟΣ