

Αριθμ.Πρωτ.:.....

Ημερομηνία.....

(Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

**ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ
ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ
Ι.Σ.ΛΑΡΙΣΑΣ**

**ΠΡΟΣ
ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
«Ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»
(Ν.Π.Δ.Δ.)**

Δ/ση: 28^η Οκτωβρίου 43 - 41223 ΛΑΡΙΣΑ
Τηλ. & FAX : 2410/287777

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

Α.Μ.Κ.Α.....

ΕΦΚΑ (ΕΤΑΑ-ΤΥ).....

Α.Δ.Τ.....

Α.Φ.Μ.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:.....

Δ/ΝΣΗ:.....ΑΡΙΘ.:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛ.:.....

Email.....

Σας υποβάλλω τα προβλεπόμενα
δικαιολογητικά και σας παρακαλώ να
κάνετε τις απαραίτητες ενέργειες
προκειμένου να μετεγγραφώ στον Ιατρικό
Σύλλογο.....

..... ΑΙΤ.....

(Υπογραφή/Σφραγίδα)

ΘΕΜΑ: « ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ »

ΛΑΡΙΣΑ/...../.....