

Αριθμ.Πρωτ.:.....

Ημερομηνία.....

(Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

**ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ  
ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ  
Ι.Σ.ΛΑΡΙΣΑΣ  
(λόγω συνταξιοδότησης)**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

Α.Δ.Τ.....

Α.Μ.Κ.Α.....

ΕΦΚΑ (ΕΤΑΑ-ΤΥ).....

Α.Φ.Μ.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:.....

Δ/ΝΣΗ:.....ΑΡΙΘ.:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛ.:.....

Email.....

**ΘΕΜΑ: « ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ »**

ΛΑΡΙΣΑ ...../...../.....

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

Δ/νση: 28<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 43 - 41223 ΛΑΡΙΣΑ  
Τηλ. & FAX : 2410/287777

Σας παρακαλώ να κάνετε τις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να διαγραφώ από το Μητρώο των μελών του Συλλόγου σας, λόγω συνταξιοδότησης από .....

Προς τούτο σας καταθέτω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά:

.....  
.....  
.....

..... ΑΙΤ.....

(Υπογραφή/Σφραγίδα)

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και

ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ