

Αριθ.Πρωτ.:.....

Ημερ.:.....

(Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

ΠΡΟΣ

ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

«Ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»

(Ν.Π.Δ.Δ.)

Δ/νση: 28^{ης} Οκτωβρίου 43 - 41223 ΛΑΡΙΣΑ

Τηλ. & FAX : 2410/287777

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

((1^η εγγραφή σε Ιατρικό Σύλλογο)

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....

Α.Δ.Τ.....

ΑΜΚΑ:.....

Α.Φ.Μ.....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝ/ΣΗΣ:.....

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:.....

ΟΔΟΣ:..... ΑΡΙΘ.:.....

Τ.Κ.:.....

Σταθ.Τηλ.:.....

*2^ο Σταθ.Τηλ.:

(Σε περίπτωση μη δυνατότητας επικοινωνίας μαζί σας)

ΚΙΝ.:.....

Σας παρακαλώ να κάνετε τις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να εγγραφώ στο Μητρώο των μελών του Συλλόγου σας, καθόσον κέκτημαι τα από την κείμενη νομοθεσία προβλεπόμενα προσόντα.

Προς τούτο σας καταθέτω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά

1. Αντίγραφο Πτυχίου
2. Άδεια ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος
3. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας
4. Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ
5. Δικαίωμα εγγραφής (ποσό 10,00 €) (Απαλλαγή ετήσιας εισφοράς για το τρέχον έτος της 1^{ης} εγγραφής).
6. 1 φωτογραφία μεγέθους ταυτότητας

... Αιτ.....

(Υπογραφή)

ΛΑΡΙΣΑ/...../ 20.....