

ΑΡΙΘ.ΠΡΩΤ.:.....

ΗΜΕΡΟΜ.:.....

(Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:.....

Δ/ΝΣΗ:.....ΑΡΙΘ.:.....

Τ.Κ.:

ΤΗΛ:.....

Email:.....

ΜΕΛΟΣ Ι.Σ.....

***ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΚΑΤΕΧΩ ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ΣΤΟ:**

.....

.....

****(ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ να συμπληρώσετε αν κατέχετε ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ Ιδιωτικού ή Δημοσίου Δικαίου και τον ΦΟΡΕΑ, σε αντίθετη περίπτωση συμπληρώστε την λέξη ΚΑΜΙΑ)***

ΛΑΡΙΣΑ/...../.....

ΠΡΟΣ

ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

«Ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»

(Ν.Π.Δ.Δ.)

Δ/νση: 28^{ης} Οκτωβρίου 43 - 41223 ΛΑΡΙΣΑ
Τηλ. & FAX : 2410/287777

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε πιστοποιητικό εγγραφής, στο οποίο να αναφέρετε την ημερομηνία εγγραφής μου στο **Ειδικό Μητρώο** του Ι.Σ. Λάρισας, προκειμένου να το χρησιμοποιήσω για.....

.....

.....

.....

..... ΑΙΤ.....

(Υπογραφή)

Η ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ και

ΚΑΤΑΤΙΘΕΤΑΙ ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΗ