

Αριθμ.Πρωτ.:.....

Ημερομηνία.....  
(Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

## ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:.....

Δ/ΝΣΗ:.....ΑΡΙΘ.:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛ.:.....

Email.....

**\*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<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 43 - 41223 ΛΑΡΙΣΑ  
Τηλ. & FAX : 2410/287777

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε  
πιστοποιητικό εγγραφής, στο οποίο να  
αναφέρετε την ημερομηνία εγγραφής μου  
στο Σύλλογο, αριθμό μητρώου,  
ειδικότητα, προκειμένου να το  
χρησιμοποιήσω για.....

.....

.....

.....

..... ΑΙΤ.....

(Υπογραφή/σφραγίδα)