

ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο

Πατρώνυμο

Ιδιότητα

Μέλος ΔΕΠ

Ιατρός ΕΣΥ

Ιδιωτικό Ιατρείο

Ιατρός Ταμείου

Στρατιωτικός

Ινστιτούτο-Κλινική-Νοσοκομείο:

Διευθυνση οικείας

Διεύθυνση ιατρείου

Ιατρικός Σύλλογος

Τηλέφωνα

Email (ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ)

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος

Επιθυμώ να ανανεώσω τη συνδρομή μου ως μέλος της Ελληνικής Εταιρείας
Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

(συμπληρώνονται από την Εταιρεία)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΣ (Σφραγίδα εταιρείας-ημερομηνία ΔΣ)

ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΕΛΟΥΣ