

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο

Πατρώνυμο

Ιδιότητα:

Μέλος ΔΕΠ

Ιατρός ΕΣΥ

Ιδιώτης Ελευθ Επάγγελμα

Ιατρός Ταμείου

Στρατιωτικός

Ινστιτούτο-Κλινική-Νοσοκομείο:

Διευθυνση οικείας

Διεύθυνση ιατρείου

Ιατρικός Σύλλογος

Τηλέφωνα

Email (ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ)

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος

Επιθυμώ να εγγραφώ μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

(συμπληρώνονται από την Εταιρεία)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΣ (Σφραγίδα εταιρείας-ημερομηνία ΔΣ)

ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΕΛΟΥΣ