

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: _____
Αθήνα, ____/____/____

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:			
ΤΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ:	ΗΜ/ΝΙΑ:		
ΤΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:	ΗΜ/ΝΙΑ:		
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΜΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:	ΗΜ/ΝΙΑ:		
ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:			
Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΦΟΡΕΑΣ:			
ΟΔΟΣ:	ΑΡ.	ΠΟΛΗ:	ΤΚ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	FAX:	E-mail:	
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:			
ΟΔΟΣ:	ΑΡ.	ΠΟΛΗ:	ΤΚ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	ΚΙΝ.:	E-mail:	

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ ΠΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ:	
1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	ΥΠΟΓΡΑΦΗ:
2. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Επιθυμώ να εγγραφώ ως Τακτικό Μέλος της Ελληνικής Νεογνολογικής Εταιρείας και παρακαλώ να εγκρίνετε την αίτηση εγγραφής μου. Δηλώνω ότι όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τις διατάξεις του Καταστατικού.

Ημερομηνία, ____/____/____
Ο /Η Αιτ _____

Εγκρίνεται
Για το Δ.Σ.
Ο /Η Γεν. Γραμματέας

Εκτυπώστε, συμπληρώστε και αποστείλατε την αίτηση στην Ελληνική Νεογνολογική Εταιρεία, μαζί με την ετήσια συνδρομή με ταχυδρομική επιταγή.