



Επιστημονικός Φορέας
Ιατρικής Μετεκπαίδευσης

Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος

Α. Παπαζαφειροπούλου

Αντιπρόεδρος

Ν. Παπάνας

Γ. Γραμματέας

Ε. Φουστέρης

Ταμίας

Κ. Πετροπούλου

Μέλος

Χ. Βέρρας

Αναπλ. Μέλη

Ε. Καγκελάρη

Κ. Μπαλαμπάνης

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΝΕΩΝ ΜΕΛΩΝ

Επιστημονικός Φορέας Ιατρικής Μετεκπαίδευσης «ΕΠΙΛΥΩ»

Όνομα:

Επίθετο:

Πατρώνυμο: Μητρώνυμο:

ΑΔΤ: ΑΜΚΑ:

Ειδικότητα:

Χώρος Εργασίας:

Διεύθυνση Κατοικίας:

Τηλέφωνο: Κινητό:

e-mail:

Ιατρικός Σύλλογος:

Επιθυμώ την εγγραφή μου ως μέλος του Επιστημονικού Φορέα Ιατρικής Μετεκπαίδευσης «ΕΠΙΛΥΩ» και δηλώνω ότι κατέχω τα απαιτούμενα από το καταστατικό προσόντα, αποδέχομαι τις διατάξεις του και ενδιαφέρομαι να συμβάλλω στην εκπλήρωση των σκοπών του.

Ημερομηνία:

Υπογραφή αιτούντος/σας: