

Επώνυμο

Όνομα.....

Διεύθυνση.....

Ημερομηνία Γέννησης.....

Τόπος Γέννησης.....

Υπηκοότητα.....

Κινητό

Τηλέφωνο Οικίας.....

E-mail.....

Νοσοκομείο.....

Βαθμός.....

Θέση.....

Ημερομηνία Λήψης Ειδικότητας.....

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ 2 ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

1. ΟΝΟΜΑ.....

Διεύθυνση.....

Υπογραφή-Σφραγίδα.....

2. ΟΝΟΜΑ.....

Διεύθυνση.....

Υπογραφή-Σφραγίδα.....



Προς την

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
Ε.Ε.Χ.Ο.Τ.**

Φλέμινγκ 20, Μαρούσι Τ.Κ. 151 23

e-mail: info@eexot.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΛΟΓΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

ΤΑΚΤΙΚΟ ☐

ΕΚΤΑΚΤΟ ☐

ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ ☐

Επισυνάπτονται:

- (1) Βιογραφικό
- (2) Πιστοποιητικό Ιατρικού Συλλόγου
- (3) Τίτλος Ειδικότητας (τακτικά)
- (4) Βεβαίωση Νοσοκομείου (έκτακτα)

Ημερομηνία

Υπογραφή