

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΠΡΟΣ:	Την «ΕΝΩΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ(Ε.ΕΛ.ΠΑΙΔ.ΑΤΤ.)».								
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης:									
Τόπος Γέννησης:									
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		TK:	

Με την παρούσα δηλώνω ότι:

- 1.Επιθυμώ να εγγραφώ ως **Τακτικό Μέλος** της Ε.ΕΛ.ΠΑΙΔ.ΑΤΤ., της οποίας μελέτησα το Καταστατικό.
2. Είμαι μέλος του Ιατρικού Συλλόγου.....με αριθμό μητρώου.....
- 3.Είμαι Ελευθεροεπαγγελματίας Παιδίατρος με νόμιμο ιατρείο, που λειτουργεί από/...../..... και έχει πιστοποίηση του οικείου ιατρικού συλλόγου.
- 4.Ασκώ (υπογραμμίστε ό,τι σας αφορά) την Παιδιατρική/ Εξειδίκευση της Παιδιατρικής αποκλειστικά/ Εξειδίκευση της Παιδιατρικής σε συνδυασμό με την Παιδιατρική.
- 5.Η εξειδίκευση (αν υπάρχει) είναι:.....
- 6.Τα στοιχεία του ιατρείου μου είναι:
Οδός Αριθμός.....
Περιοχή Πόλη Τ.Κ.
Αριθμός σταθερού τηλεφώνου:Fax.....
Αριθμός κινητού τηλεφώνου:
E-mail:@.....
- 7.Δεν στερούμαι του δικαιώματος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, κατόπιν αποφάσεως του ιατρικού συλλόγου.
6. Πρόσθετα στοιχεία δηλώσεως:

Ημερομηνία:/...../201..

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)