



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Σ Π Α Ν Ι Ω Ν & Ο Ρ Φ Α Ν Ω Ν
Π Α Θ Η Σ Ε Ω Ν Φ Α Ρ Μ Α Κ Ω Ν

Διεύθυνση Επικοινωνίας

Νίκης 16 - 105 57 Αθήνα

Τηλ: 210 7254383

Fax: 210 7254384

info@eesprof.gr

www.eesprof.gr

Αίτηση Εγγραφής Μέλους

Προς το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ε.Σ.Π.Ο.Φ.

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την εγγραφή μου σαν τακτικό μέλος της Ε.Ε.Σ.Π.Ο.Φ. με τη δήλωση ότι αποδέχομαι το καταστατικό και τις νόμιμες αποφάσεις του Δ.Σ. και των Γενικών Συνελεύσεων της Ε.Ε.Σ.Π.Ο.Φ.

Όνοματεπώνυμο:

Διεύθυνση Κατοικίας (οδός, αρ., ΤΚ, περιοχή):

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου*:

Ημ/νία λήξης Διαβατηρίου*:

Αρ. Ασφαλιστικού Βιβλιαρίου Υγείας*:

Ταμείο Ασφάλισης*:

Τηλέφωνα:

Φαξ:

E-mail:

Επάγγελμα:

Ειδικότητα:

Ιατρικός ή άλλος Σύλλογος:

Τόπος εργασίας:

Τα πεδία με αστερίσκο () είναι απαραίτητα για την τήρηση του Μητρώου Μελών της Ε.Ε.Σ.Π.Ο.Φ.

Επαγγελματική & Σπουδαστική τεκμηρίωση πάνω στα σπάνια Νοσήματα ή/και στα ορφανά φάρμακα, καθώς και τυχόν δημοσιεύσεις άρθρων

(συμπληρώστε στην ακόλουθη περιοχή ή/και επισυνάψτε σχετικά έγγραφα εφόσον είναι απαραίτητο)

Δικαίωμα εγγραφής*: € 10 • Ετήσια συνδρομή*: € 10

*Το κόστος εγγραφής και η πρώτη ετήσια συνδρομή καταβάλλονται κατόπιν της έγκρισης της αίτησης από το Δ.Σ.

Τόπος:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Σ Π Α Ν Ι Ω Ν & Ο Ρ Φ Α Ν Ω Ν
Π Α Θ Η Σ Ε Ω Ν Φ Α Ρ Μ Α Κ Ω Ν

Συμπληρώνεται από την Ε.Ε.Σ.Π.Ο.Φ.

Ο/Η κ. _____

Προτείνεται ως μέλος της Ε.Ε.Σ.Π.Ο.Φ. από τα κάτωθι μέλη:

α/α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1		
2		

ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ Ε.Ε.Σ.Π.Ο.Φ

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ε.Σ.Π.Ο.Φ. κατά τη συνεδρίασή του στις _____

ενέκρινε / απέρριψε την αίτηση εγγραφής ως Τακτικού Μέλους της Ε.Ε.Σ.Π.Ο.Φ. του/της

σύμφωνα με το Άρθρο 5 του Καταστατικού.

Το νέο Τακτικό Μέλος λαμβάνει τον Αριθμό Μητρώου (Α.Μ.): _____

Αθήνα _____

Ο Πρόεδρος

Ο Γενικός Γραμματέας
