



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ Π.Σ.Ε.Υ. Ν.Π.Δ.Δ.

ΟΝΟΜΑ:	
ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
Α.Δ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ, Τ.Κ.:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ:	
ΦΟΡΕΑΣ & ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, Τ.Κ.:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:	
E-mail επικοινωνίας:	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ:	
ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ:	

ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ Π.Σ.Ε.Υ. Ν.Π.Δ.Δ

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την αίτηση εγγραφής μου ως μέλος του ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Σ.Ε.Υ) ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ (Ν.Π.Δ.Δ.) και αναλαμβάνω υπεύθυνα κάθε δικαίωμα και υποχρέωση μου απέναντι στον Π.Σ.Ε.Υ. όπως αυτά αναφέρονται επίσημα στην ισχύουσα νομοθεσία.

Επίσης, δηλώνω με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986 ότι τα στοιχεία που αναφέρω ανωτέρω είναι αληθή.

Επιθυμώ την έκδοση βεβαίωσης εγγραφής: ΝΑΙ

Συμφωνώ να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία επικοινωνίας μου για να λαμβάνω ενημερώσεις ΝΑΙ ΟΧΙ

Η αλληλογραφία μου να αποστέλλεται στην διεύθυνση:

.....

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

.....

Συνημμένα:

1. Δύο φωτογραφίες,
2. Αντίγραφο πτυχίου ημεδαπής ή αλλοδαπής (σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες περί ισοτιμίας του διατάξεις),
3. Φωτοαντίγραφο της άδειας/βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος,
4. Φωτοαντίγραφο Κάρτας Ανεργίας (μόνο για ανέργους),
5. Φωτοαντίγραφο καταθετηρίου τραπέζης (εάν η εγγραφή δεν γίνει στο γραφείο του συλλόγου),
6. Φωτοαντίγραφο βεβαίωσης τρίτεκνου ή πολύτεκνου γονέα, ΑΜΕΑ ή τέκνο ΑΜΕΑ, μονογονεϊκής οικογένειας,
7. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας.