

**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ**  
**Ν.Π.Δ.Δ.**

*Αρ. Πρωτ:*.....

*Τρικαλα:* .....

**ΠΡΟΣ**

**Το Διοικητικό Συμβούλιο**  
**του Ιατρικού Συλλόγου**  
**Τρικαλων**  
**Βυρωνος 17**  
**42100 Τρικαλα**

**ΑΙΤΗΣΗ**

*ΕΠΩΝΥΜΟ:* .....

*ΟΝΟΜΑ:* .....

*ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:* .....

*ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:* .....

*ΑΜΚΑ:* .....

*ΑΦΜ:*.....

*ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:* .....

*ΤΚ:* .....

*ΠΟΛΗ:* .....

*ΤΗΛΕΦΩΝΑ:* .....

*Email:*.....

Παρακαλώ όπως με εγγράψετε στη  
δύναμη του Ιατρικού Συλλόγου  
Τρικάλων. Συνημμένα υποβάλω τα  
απαιτούμενα δικαιολογητικά.

**Ο/Η ΑΙΤ .....**

*ΤΡΙΚΑΛΑ :* .....