

Αριθ.Πρωτ.:.....

Ημερ.:.....

Ημερ.εγγραφής.....

(Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

(εκ μετεγγραφής από άλλο Ι.Σ.)

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΑΜΚΑ:.....

Α.Δ.Τ.....

ΕΦΚΑ (ΕΤΑΑ-ΤΥ).....

Α.Φ.Μ.....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝ/ΣΗΣ:.....

ΚΑΤΟΙΚΟΣ:.....

ΟΔΟΣ:..... ΑΡΙΘ.:.....

Τ.Κ.:.....

Σταθ.Τηλ.:.....

\*2° Σταθ.Τηλ.....

(Σε περίπτωση μη δυνατότητας επικοινωνίας μαζί σας)

ΚΙΝ.:.....

ΠΡΟΣ

ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

«Ο ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ»

(Ν.Π.Δ.Δ.)

Δ/ση: Βύρωνος 17 – 42131 Τρίκαλα  
Τηλ. & FAX : 24310/28805

Σας παρακαλώ να κάνετε τις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να εγγραφώ στο Μητρώο των μελών του Συλλόγου σας, μετά από την διαγραφή μου από τον Ι.Σ.....

Προς τούτο σας καταθέτω τα παρακάτω απαιτούμενα δικαιολογητικά

1. Δήλωση (Χορηγείται από την Υπηρεσία)
2. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας
3. Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ
4. 1 φωτογραφία μεγέθους ταυτότητας

... Αιτ.....

(Υπογραφή)

ΤΡΙΚΑΛΑ ...../...../ 20.....