



## ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΜΕΛΟΣ

*\*Όλα τα πεδία είναι υποχρεωτικά και θα πρέπει να συμπληρωθούν στην ελληνική γλώσσα.*

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΙΔΙΟΤΗΤΑ:	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΠΤΥΧΙΟ- ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ):	
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΑΡΙΘΜΟΣ Α.Τ. Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	
ΤΗΛ:	E-MAIL:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	
ΠΕΔΙΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ: ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ <input type="checkbox"/> ΠΟΙΟΤΗΤΑ <input type="checkbox"/> ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ <input type="checkbox"/>	
Με την υπογραφή της παρούσας, δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω διαβάσει, κατανοήσει και αποδεχτεί τους όρους του Καταστατικού του Ινστιτούτου, την Ιδρυτική Διακήρυξη, τον κανονισμό προσωπικών δεδομένων, τους όρους και προϋποθέσεις και την δέσμευση για την εξόφληση των σχετικών ποσών, για την εγγραφή μου ως μέλος.	
ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
<hr/>	<hr/>