



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Παρακαλείστε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία. Η αίτηση αυτή πρέπει να υπογραφεί από τον/την υποψήφιο/α μέλος. Επιπλέον, πρέπει να δηλώσει 2 Τακτικά Μέλη και/ή Επίτιμα μέλη με δικαίωμα ψήφου που είναι γνώριμοι του υποψήφιου. Τα μέλη των οποίων το όνομα υπάρχει στην αίτηση, πρέπει να υποβάλλουν στην Εταιρεία συστατική επιστολή.

Όνομα.....

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

Διεύθυνση.....

Επαγγελματικός Τίτλος.....

.....

Τωρινή Θέση.....

Τηλέφωνο.....

Υπηκοότητα.....

Fax.....

Ημερ. Γέννησης.....

E-mail.....

Όνομα συζύγου.....

Κατηγορίες Μελών (Σημειώστε στο ανάλογο τετραγωνίδιο)

Τακτικά.....

Αντεπιστέλλοντα.....

Περίοδος απασχόλησης στον τομέα της Παχυσαρκίας..... Ασθενείς υπό παρακολούθηση.....

Υπογραφή Υποψήφιου.....

Ημερομηνία.....

Ονοματεπώνυμα δύο μελών τα οποία πρέπει να στείλουν συστατική επιστολή για τον υποψήφιο για μέλος της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Παχυσαρκίας. Είναι ευθύνη του υποψηφίου να ζητήσει τις συστατικές επιστολές να σταλούν στον Πρόεδρο της Εταιρείας.

1. ΟΝΟΜΑ.....

2. ΟΝΟΜΑ.....