



ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ (ΝΟΜΟΣ 74(Ι) 2002)

1. Πλήρες όνομα:
(Πρώτο το επίθετο, δεύτερο του πατέρα)

Αριθμός πολιτικής ταυτότητας: Αριθμός κοινωνικών ασφαλίσεων:

Ημερομηνία γέννησης: Τόπος γέννησης:

Υπηκοότητα: Εθνικότητα:

2. Διεύθυνση κατοικίας: - Οδός:

- Ταχ. κώδικας:

- Πόλη:

- Τηλέφωνο οικίας:

- Τηλ. Προσωπικό:

Οποιαδήποτε αλλαγή διεύθυνσης ή τηλεφώνου πρέπει να γνωστοποιείται αμέσως στο συμβούλιο.

3. Άγαμος/η, έγγαμος/η, χήρος/α, διαζευγμένος/η:

Πλήρες όνομα συζύγου:

Υπηκοότητα συζύγου:

Ημερομηνία γέννησης:

Τόπος γέννησης:

Επάγγελμα συζύγου:

Τέκνα / Όνομα 1: Ημερ. Γέννησης:

2:

3:

4:

5:

4. Εκπαίδευση - Ακαδημαϊκά προσόντα

Ημερομηνία αποφοίτησης

Σχολείο Μέσης Εκπαίδευσης:

Πτυχίο Ανώτερης ή Ανώτατης Εκπ.	Πανεπιστήμιο / Σχολή	Ημερ. Αποφ.
1.
2.
3.

Άλλα προσόντα:

5. Εμπορικό όνομα της Εταιρείας στην οποία εργάζεστε:

Διεύθυνση Εταιρείας - Οδός:

- Ταχ. κωδ.:

- Πόλη:

- Τηλ. Εταιρείας:

(σε περίπτωση που αλλάξετε εταιρεία οφείλετε να ενημερώσετε άμεσα το Συμβούλιο Εγγραφής)

Φαρμακευτική Εταιρεία προς όφελος της οποίας ασκείτε την ιατρική ενημέρωση:

6. Άλλες πληροφορίες που θα θέλατε να αναφέρετε:

.....

.....

.....

.....

7. Πιστοποιητικά που πρέπει να επισυνάψετε (τα πρωτότυπα να παρουσιαστούν όταν ζητηθούν).
- i. Πιστοποιητικό γέννησης
 - ii. Απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης
 - iii. Πτυχίο/α Ανώτερων/Ανωτάτων Σπουδών
 - iv. Πιστοποιητική επιστολή από την εταιρεία σας.
 - v. Πιστοποιητικό καλού χαρακτήρα
 - vi. Πρόσφατη φωτογραφία σας.

Δηλώνω ότι κατέγραψα στο παρόν έντυπο όλα τα στοιχεία που έχουν ζητηθεί και ότι οι πληροφορίες που έδωσα είναι ορθές.

Υπογραφή αιτητή/αιτήτριας

Ημερομηνία:

Με την υποβολή της αίτησης επισυνάπτω το ποσό των ΑΚ 10.

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Σχόλια:

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ / ΔΕΝ ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ

Υπογραφές παρόντων

Εγκρίνεται

Δεν εγκρίνεται