|  |  |
| --- | --- |
| **Επώνυμο ……………………………………………………………………………………………………**  **Όνομα…………………………………………………………………………………………………………**  **Διεύθυνση…………………………………………………………………………………………………..**  **Ημερομηνία Γέννησης………………………………………………………………………………..**  **Τόπος Γέννησης………………………………………………………………………………………….**  **Υπηκοότητα……………………………………………………………….……………………………….**  **Κινητό ………………………………………………………………………………………………………..**  **Τηλέφωνο Οικίας………………………………………………………………………………………..**  **E-mail…………………………………………………………………………………………………………**  **Νοσοκομείο………………………………………………………………………………………………..**  **Βαθμός…………………………………………………………………………………………………………**  **Θέση……………………………………………………………………………………………………………**  **Ημερομηνία Λήψης Ειδικότητας………………………………………………………………….**  **ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ 2 ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ**  **ΟΝΟΜΑ……………………………………………………………………………………………………**  **Διεύθυνση……………………………………………………..…………………………………………**  **Υπογραφή-Σφραγίδα……………………………………..…………………………………………**  **ΟΝΟΜΑ……………………………………………………………………………………………………**  **Διεύθυνση……………………………………………………..…………………………………………**  **Υπογραφή-Σφραγίδα……………………………………..…………………………………………**  micro λογότυπο | micro λογότυπο  **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**  **ΕΤΑΙΡΕΙΑ**  **ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ**  **ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**  **Φλέμινγκ 20, 15123 Μαρούσι**  **Email:** [**micro@microhand.gr**](mailto:micro@microhand.gr)  **ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΛΟΓΗΣ ΜΕΛΟΥΣ**  **ΤΑΚΤΙΚΟ**  **ΕΚΤΑΚΤΟ**  **ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ**  **Επισυνάπτονται:**  **(1) Βιογραφικό**  **(2) Πιστοποιητικό Ιατρικού Συλλόγου**  **(3) Τίτλος Ειδικότητας (τακτικά)**  **(4) Βεβαίωση Νοσοκομείου (έκτακτα)**  **Ημερομηνία…………………………………**  **Υπογραφή…………………………………….** |