|  |  |
| --- | --- |
| **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****ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΛΟΓΗΣ ΜΕΛΟΥΣ****ΤΑΚΤΙΚΟ** **ΕΚΤΑΚΤΟ****ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ****Επισυνάπτονται:****(1) Βιογραφικό****(2) Πιστοποιητικό Ιατρικού Συλλόγου****(3) Τίτλος Ειδικότητας (τακτικά)****(4) Βεβαίωση Νοσοκομείου (έκτακτα)****Ημερομηνία…………………………………****Υπογραφή…………………………………….** |