



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Μαϊάνδρου 23, 115 28 Αθήνα  
Τηλ.: +30 210 721 1845, Fax: +30 210 721 5082  
Web: [www.haoms.org](http://www.haoms.org), Email: [info@haoms.org](mailto:info@haoms.org)

### ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΔΟΧΗΣ ΔΟΚΙΜΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_ ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ.: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΟΛΗ, ΤΚ, ΤΗΛΕΦΩΝΟ)

---

ΘΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΤΜΗΜΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΛΗΞΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ)

---

#### **Με την υπογραφή της παρούσης δηλώνω ότι:**

- Έχω διαβάσει και αποδέχομαι το καταστατικό της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και αιτούμαι την εισδοχή μου ως Δόκιμο Μέλος της.
- Κατέχω επισήμως την ιδιότητα του ειδικευόμενου ιατρού Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και ασκώμαι στην ανωτέρω θέση εκπαίδευσης.
- Παραχωρώ στην Ελληνική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής το δικαίωμα συλλογής και επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων που περιλαμβάνονται στην αίτησή μου όσο διατηρώ την ιδιότητα μέλους της.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_

Ο/Η ΑΙΤ \_\_\_\_\_

---

Αφού συμπληρώσετε όλα τα παραπάνω πεδία, αποστέιλετε την αίτηση στην ηλεκτρονική διεύθυνση [info@haoms.org](mailto:info@haoms.org), επισυνάπτοντας τα πτυχία ιατρικής και οδοντιατρικής.