



### ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΔΟΧΗΣ ΕΚΤΑΚΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_ ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_ ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Δ/ΣΗ: οδός \_\_\_\_\_ αρ. \_\_\_\_\_ ΤΚ \_\_\_\_\_

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: \_\_\_\_\_

Με την υπογραφή της παρούσης δηλώνω ότι:

1. Έχω διαβάσει και αποδέχομαι το καταστατικό της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και αιτούμαι την εισδοχή μου ως Έκτακτο μέλος της.
2. Είμαι Ιατρός / Οδοντίατρος με ενδιαφέρον για την ειδικότητα ΣΓΠΧ
3. 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 Αιτών/ούσα \_\_\_\_\_

Για την εγγραφή σας απαιτείται η σύσταση από 2 τακτικά μέλη της εταιρείας:

ΟΝΟΜΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Παρακαλούμε να αποσταλεί στο [info@haoms.org](mailto:info@haoms.org) επισυνάπτοντας τον τίτλο Ιατρικής ειδικότητας, Οδοντιατρικής ειδικότητας ή το πτυχίο Οδοντιατρικής