



### ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΔΟΧΗΣ ΔΟΚΙΜΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_ ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

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

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

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

ΘΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: \_\_\_\_\_

ΤΜΗΜΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (γενική χειρουργική): \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΣΓΠΧ): \_\_\_\_\_

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 Δόκιμο μέλος της.
2. Υπηρετώ ως ειδικευόμενος/η ιατρός στη Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική
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 \_\_\_\_\_

Παρακαλούμε να αποσταλεί στο [info@haoms.org](mailto:info@haoms.org) επισυνάπτοντας βεβαίωση σύμβασης εργασίας ως ειδικευόμενος/η ιατρός και τα πτυχία Ιατρικής και Οδοντιατρικής