



ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΥΠΡΟΥ

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΝΕΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Παρακαλούμε συμπληρώστε όλα τα στοιχεία στο έντυπο εγγραφής.
Μπορείτε να το στείλετε στη πιο κάτω διεύθυνση.

Παιδιατρική Εταιρεία Κύπρου

Θάσον 14, Ρίτα court Διαμ.501 1087-Λευκωσία

Επίσης μπορείτε να το στείλετε ηλεκτρονικά στη διεύθυνση : *chadjigeo@mtnmail.com.cy* ; ή fax = 22003643
(Στην περίπτωση αυτή τα δικαιώματα εγγραφής μπορούν να σταλούν στη πιο πάνω διεύθυνση ή να δοθούν στον ταμία της Π.Ε.Κ.)

Παρακαλώ όπως γίνω δεκτός/ή σαν τακτικό μέλος της Παιδιατρικής Εταιρείας Κύπρου.

Ημερομηνία υποβολής της αίτησης

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο:

Όνομα:

Αριθμός Ταυτότητας (Απαραίτητος).

Ημερ. Γενν.:

Είμαι απόφοιτος του Πανεπιστημίου:

Χώρα:

Έτος αποφοίτησης:

Νοσοκομείο / κλινική απόκτησης ειδικότητας:

Χώρα απόκτησης ειδικότητας:

Έτος απόκτησης:

Τομέας απασχόλησης: Ιδιώτης Δημόσιος

Στοιχεία αλληλογραφίας/επικοινωνίας που επιθυμώ να χρησιμοποιώ:

Προσοχή. Επιλέξτε τα στοιχεία αλληλογραφίας που επιθυμείτε αλλά συμπληρώστε και τις δύο επιλογές (Εργασίας και οικίας).

Διεύθυνση Εργασίας:

Οδός:

Αριθμός:

Πολυκατοικία:

Αρ. Διαμερίσματος:

Πόλη/Χωριό:

Ταχ. Κωδ.:

Τηλ.:

Fax:

Κινητό

E-mail: (Απαραίτητο και καθαρογραμμένο) .

Διεύθυνση Οικίας:

Οδός:

Αριθμός:

Πολυκατοικία:

Αρ. Διαμερίσματος:

Πόλη/Χωριό:

Ταχ. Κωδ.:

Τηλ:

Fax:



Έτος έναρξης εξάσκησης του Επαγγέλματος:

Ιδιώτης **Κυβερνητικός** **Νοσοκομείο:**

Επισυνάπτω τα ακόλουθα:

- 1. Αντίγραφο πτυχίου ιατρικής σχολής.**
- 2. Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας.**
- 3. Αντίγραφο αναγνώρισης ειδικότητας από το Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου.**
- 4. Βιογραφικό σημείωμα.**
- 5. Επιταγή / μετρητά 80 Ευρώ (Δικαιώματα εγγραφής 50 Ευρώ και συνδρομή 30 Ευρώ για ένα χρόνο)**

Υπογραφή

.....

Για χρήση από τη Παιδιατρική Εταιρεία

Εγκρίθηκε

Απορρίφθηκε

Ημερομηνία

Λόγοι Απόρριψης

.....

.....