

16°

Πανελλήνιο Συνέδριο

ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΑΣ -ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ & ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

03-05 Μαρτίου 2017



Φόρμα Εγγραφής Υποτροφίας ΕΑΕ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία με ΚΕΦΑΛΑΙΟΥΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ όπου αυτό χρειάζεται.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ

(π.χ. Δ/ντής, Επιμελητής, Είδικοευόμενος κ.α.κ)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

(π.χ. Αγγειοχειρουργός κ.α.κ)

ΕΡΓΑΣΙΑ

(Αναφέρετε το ίδρυμα που εργάζεστε -Δημόσιο ή Πανεπιστημιακό- π.χ. Γ. Γεννηματάς, ΑΠΤΙΚΟ κ.α.κ)

ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΡΙΟΧΗ

ΑΝΗΚΩ ΣΤΟΝ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ Ι.Σ.

(Αναφέρετε τον Ιατρικό Σύλλογο που υπάγεστε π.χ. Αθηνών, Θεσ/νίκης κ.α.κ)

ΕΙΜΑΙ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΕΑΕ

(Αναγράψτε ΝΑΙ/ΟΧΙ)

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΚΙΝΗΤΟ

EMAIL

@

(Παρακαλούμε να αναγράψετε την ηλεκτρονική σας διεύθυνση ευκρινώς, με λατινικούς χαρακτήρες)

Με την υποβολή της παρούσας αίτησης δηλώνω ρητά και ανέκκλητα ότι αποδέχομαι ανεπιφύλακτα όλους τους όρους της προκήρυξης διαγωνισμού για την υποτροφία της ΕΑΕ. Επιπλέον, δηλώνω ότι όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή καθώς και ότι όλα τα δικαιολογητικά που έχω υποβάλει με αυτή είναι έγκυρα.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Για να ολοκληρωθεί η υποβολή της αίτησης σας παρακαλείσθε όπως αποσταλείτε την παρούσα αίτηση με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά με τους διαθέσιμους τρόπους όπως αναφέρονται στην προκήρυξη.