**Φόρμα εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συμμετοχή στο Δίκτυο Παρατηρητών Νοσηρότητας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Δίκτυο Sentinel) του ΕΟΔΥ**

Επιθυμώ να δηλώσω ενδιαφέρον για εθελοντική συμμετοχή στο Δίκτυο Παρατηρητών Νοσηρότητας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Δίκτυο Sentinel) του ΕΟΔΥ

**Στοιχεία ενδιαφερόμενου**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο |  |
| Ειδικότητα |  |
| Διεύθυνση Ιδιωτικού Ιατρείου |  |
| Περιοχή |  |
| Τ.Κ. Κώδικας |  |
| Περιφερειακή Ενότητα |  |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας |  |
| E-mail |  |