

ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Ι.Σ.Η.

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

.....

ΑΦΟΡΑ: Έκδοση βεβαίωσης που

Θα χρησιμοποιηθεί*

.....

.....

.....

.....

Δηλώνω ότι:

α) Κατέχω έμμισθη θέση στο:

.....

.....

Ή

β) ΔΕΝ κατέχω καμία έμμισθη

Θέση (σε ιδιωτικό ή Δημόσιο φορέα).

**Προς
Ιατρικό Σύλλογο
Ηρακλείου**

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε
βεβαίωση στην οποία να φαίνεται:

- Η εγγραφή μου στα μητρώα του Ι.Σ.Η.
- Ο χρόνος έναρξης άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος
- Ο χρόνος έναρξης και το είδος της ασκούμενης από εμένα ιατρικής ειδικότητας

ΗΡΑΚΛΕΙΟ.....200...

υπογραφή

*Γράφεται ο λόγος και η Υπηρεσία που θα κατατεθεί η ζητούμενη βεβαίωση.