



ΔΗΜΟΣ
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ



ΤΜΗΜΑ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΑΡ. ΕΙΣΕΡΧ. ΠΡΩΤ.:

ΔΙΕΥΘ. : Ξυλούρη & Σόλωνος
E-mail : sot_sinanis @ yahoo.gr

ΤΚ: 71306 ΤΗΛ.: 2810-215087
Πληρ. : ΣΥΝΑΝΗΣ ΣΩΤΗΡΗΣ

ΦΑΞ: 2810-215099
ΚΙΝ. : 6937431253

ΑΙΤΗΣΗ

| | | | |
|--|------------------|---------------|------|
| ΟΝΟΜΑ: | | | |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: | | | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ : | | | |
| ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: | | | |
| Α.Δ.Τ.: | | | |
| Α.Φ.Μ.: | | | |
| ΔΟΥ: | | | |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡ/ΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖ | | | |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: | | | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΑ | ΣΤΑΘΕΡΟ: | ΚΙΝΗΤΟ: | ΦΑΞ: |
| EMAIL: | | | |
| ΠΤΥΧΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ: | ΕΤΟΣ ΚΤΗΣΗΣ: | ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ: | |
| ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: | | | |
| ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΔΙΚΑΤΣΑ: | ΑΡΙΘΜΟ ΜΗΤΡΩΟΥ: | ΕΤΟΣ: | |
| ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ: | ΕΤΟΣ ΚΤΗΣΗΣ: | ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ: | |
| ΜΕΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ: | ΑΡΙΘΜΟ ΜΗΤΡΩΟΥ : | | |
| ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΖΩΗΣ: | | | |

Ο υπογεγραμμένος ιατρός δηλώνω υπεύθυνα ότι θέλω να συμμετάσχω σαν ιατρός αγώνων στις αθλητικές δραστηριότητες του ΔΟΠΑΦΜΗΗ για το έτος 2016 και ότι τα παραπάνω στοιχεία μου είναι αληθή και ακριβή.

Ηράκλειο : /..... /.....

Υπογραφή