

ΔΗΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ



ΑΙΤΗΣΗ

ΟΝΟΜΑ:			
ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :			
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:			
Α.Δ.Τ.:			
Α.Φ.Μ.:			
ΔΟΥ:			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:	ΣΤΑΘΕΡΟ:	ΚΙΝΗΤΟ:	ΦΑΞ:
EMAIL:			
ΠΤΥΧΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ:	ΕΤΟΣ ΚΤΗΣΗΣ:	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ:	
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: (αν υπάρχει)			
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΔΙΚΑΤΣΑ/ΔΟΑΤΑΠ	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 ΔΑΟΗ για το έτος 2008 και ότι τα παραπάνω στοιχεία μου είναι αληθή και ακριβή.

Ηράκλειο, .../.../2008