



ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΚΥΠΡΟΥ
CYPRUS MEDICAL REPRESENTATIVES' ASSOCIATION

Τ.Θ. 22134, 1518 ΛΕΥΚΩΣΙΑ - ΚΥΠΡΟΣ
P.O. BOX 22134, CY-1518 NICOSIA - CYPRUS
Λευκωσία Τηλ: +357 22490315, Φαξ: +357 22490315 Nicosia
e-mail: siek.si@cytanet.com.cy www: siekcy.org

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ Σ.Ι.Ε.Κ.
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

ΕΓΩ Ο/Η _____ ΠΟΥ
ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ _____ ΖΗΤΩ
ΟΠΩΣ ΓΙΝΩ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΣΙΕΚ.
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____ ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____

ΟΙΚΟΓΕΝΙΑΚΗ _____

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ _____

ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΟΔΟΣ: _____

ΑΡΙΘΜΟΣ: _____ Τ.Τ. _____ ΠΟΛΗ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1 _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2 _____

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ e-mail: _____

ΕΤΑΙΡΙΚΟ e-mail: _____

ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΑΝ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑ _____ ΜΗΝΕΣ _____

*** ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΤΑ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΗ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΗ ΚΑΙ ΓΝΩΡΙΖΩ ΤΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΥΠΟΣΤΩ ΣΕ ΑΝΤΙΘΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΕΣ ΤΟΝ ΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ Σ.Ι.Ε.Κ.

1.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

2.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
