|  |  |
| --- | --- |
|  | **ΠΡΟΣ: ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΚΥΚΛΑΔΩΝ** |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο:  Όνομα:  Όνομα Πατρός:  Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατ:  ΑΜΚΑ:  Ειδικότητα:  Δ/νση ή χωριό διαμονής:  Νησί:  Σταθερό τηλέφωνο:  Κινητό τηλέφωνο: | Αιτούμαι  Ο/Η Αιτών/ούσα  Υπογραφή |
|  |  |