

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ  
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ &  
ΦΑΡΜΑΚΟΪΠΑΛΛΗΛΩΝ  
(Ε.Σ.Ι.Ε.Φ.)**

**Γ' Σεπτεμβρίου 56 – 10433 Αθήνα  
Τηλ.: 210-8214029, Fax: 210-8216525**

.....

Στοιχεία αιτούντος

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

ΠΕΡΙΟΧΗ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΟΙΚ.: \_\_\_\_\_

ΚΙΝ.: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ: \_\_\_\_\_

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ: \_\_\_\_\_

Α.Μ. ΕΦΚΑ (τ. ΙΚΑ): \_\_\_\_\_

Α.Δ.Τ.: \_\_\_\_\_

Α.Μ.Κ.Α.: \_\_\_\_\_

**Προς τον Ε.Σ.Ι.Ε.Φ.**

**Αίτηση εγγραφής**

Παρακαλώ να με εγγράψετε ως μέλος του  
Ε.Σ.Ι.Ε.Φ.. Γνωρίζω το Καταστατικό και  
αναλαμβάνω τις οικονομικές και τις άλλες  
υποχρεώσεις προς τον Σύλλογο.

Αθήνα, \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_

Ο/Η αιτών/ούσα

\_\_\_\_\_  
(Υπογραφή)

Αρ. Μητρώου: \_\_\_\_\_

Απόφ. Δ.Σ. στις: \_\_\_\_\_