



Ρόδος _____
Αριθμός Πρωτοκόλλου: _____

Αίτηση για άδεια εξάσκησης ιατρικού επαγγέλματος εκτός Ρόδου.

Προς τον Ιατρικό Σύλλογο Ρόδου

Όνομα:

Επώνυμο:

Πατρώνυμο:

Α.Μ. ΙΣΡ:

Α.Μ. ΕΤΑΑ:

ΑΜΚΑ:

Ειδικότητα:

Διεύθυνση εργασίας:

Τηλέφωνο: εργασίας:

email:

Παρακαλώ να μου χορηγηθεί άδεια για εξάσκηση του
ιατρικού επαγγέλματος βάσει του Ν. 3418/28-11-2005
άρθρο 7 παρ. 1,2,3,4 και άρθρα 2,3,5,11,13,17,19,21.
στην νήσο _____ λόγω
έλλειψης άλλου ιατρού με την ειδικότητα

§ Χώρος εξάσκησης : _____

§ Περιοδικότητα επισκέψεων: _____

§ Τρόπος παροχής υπηρεσιών: _____

Ο/ Η Αιτών/ούσα: