



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ
ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ Ι.Σ.Ρ.

Α.Μ. Ι.Σ.Ρ. _____

Ρόδος
Αριθμός Πρωτοκόλλου:.....

Προσωπικά Στοιχεία

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Όν. Πατρός: _____

Όν. Μητρός: _____

Ημ. Γέννησης: _____

Τόπος Γέννησης: _____

Χώρα: _____

Υπηκοότητα: _____

Εθνικότητα: _____

Οικ. κατάσταση: _____

Όνομα συζύγου: _____

Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ. _____

Α.Δ.Α.Τ.: _____

Αρ. Διαβατηρίου: _____

Α.Μ. Ε.Τ.Α.Α.: _____

Στρατιωτική κλάση: _____

Βαθμός Εφέδρου: _____

Μητρώο Αρρένων: _____

, Διεύθυνση Κατοικίας

+ Οδός: _____

Πόλη: _____ Τ.Κ.: _____

' Τηλέφωνο: _____

Ë Κινητό: _____

E-mail: _____

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Οικία Εργασία

Ειδικότητα: _____

Α.Μ.Κ.Α.: _____

Σπουδές

Πανεπιστήμιο: _____

Αριθμός Πτυχίου: _____

Ημ. Πτυχίου: _____

Αναγνώριση: _____

Διδακτορικό: _____

Ξένες Γλώσσες: _____

Άδεια άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος

Αριθμός: _____

Ημερομηνία: _____

Εκδίδουσα Αρχή: _____

Άσκηση Ιατρικού Επαγγέλματος

Έμμισθος Ιατρός

Έμμισθη θέση: _____

Ελ. επαγγελματίας σε ιδιωτικό ιατρείο

Έναρξη Ελ. Επαγ/τος: _____

Δ.Ο.Υ.: _____

, Διεύθυνση Εργασίας

+ Οδός: _____

Πόλη: _____ Τ.Κ. _____

' : _____ Fax: _____

Μέτοχος σε Ιατρική Εταιρεία

Επωνυμία: _____

Μέτοχος σε Ιδιωτική Κλινική

Επωνυμία: _____

Στρατιωτής: Άνεργος

Αριθμός: _____ Ημ. _____

Ο/Η ανωτέρω ιατρός έχοντας τις νόμιμες προϋποθέσεις, παρακαλώ όπως εγκρίνετε την

Αρχική Εγγραφή μου

Μεταγραφή μου από τον Ιατρικό Σύλλογο _____

στο μητρώο του Ιατρικού Συλλόγου Ρόδου στους οποίους την περιφέρεια θα ασκήσω το ιατρικό επάγγελμα.

Δηλώνω τη συγκατάθεση μου για την διάθεση των προσωπικών μου δεδομένων (Ειδικότητα, Τίτλοι σπουδών, άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος, Διεύθυνση, τηλέφωνα κλπ) που τηρούνται στο Μητρώο του Ι.Σ.Ρ. για ενημερωτικούς, επιστημονικούς ή άλλους σκοπούς. Σε περίπτωση αλλαγής των στοιχείων μου θα ενημερώσω τον Ι.Σ.Ρ.

Όνοματεπώνυμο με λατινικούς χαρακτήρες:

Ο/Η Δηλών/ούσα



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ
ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ Ι.Σ.Ρ.

Α.Μ. Ι.Σ.Ρ. _____

Ρόδος
Αριθμός Πρωτοκόλλου:.....

Προσωπικά Στοιχεία

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Όν. Πατρός: _____

Όν. Μητρός: _____

Ημ. Γέννησης: _____

Τόπος Γέννησης: _____

Χώρα: _____

Υπηκοότητα: _____

Εθνικότητα: _____

Οικ. κατάσταση: _____

Όνομα συζύγου: _____

Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ. _____

Α.Δ.Α.Τ.: _____

Αρ. Διαβατηρίου: _____

Α.Μ. Ε.Τ.Α.Α.: _____

Στρατιωτική κλάση: _____

Βαθμός Εφέδρου: _____

Μητρώο Αρρένων: _____

, Διεύθυνση Κατοικίας

+ Οδός: _____

Πόλη: _____ Τ.Κ.: _____

' Τηλέφωνο: _____

Ë Κινητό: _____

E-mail: _____

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Οικία Εργασία

Α.Μ.Κ.Α.: _____

Σπουδές

Πανεπιστήμιο: _____

Αριθμός Πτυχίου: _____

Ημ. Πτυχίου: _____

Αναγνώριση: _____

Διδακτορικό: _____

Ξένες Γλώσσες: _____

Άδεια άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος

Αριθμός: _____

Ημερομηνία: _____

Εκδίδουσα Αρχή: _____

Άσκηση Ιατρικού Επαγγέλματος

Έμμισθος Ιατρός

Έμμισθη θέση: _____

Ελ. επαγγελματίας σε ιδιωτικό ιατρείο

Έναρξη Ελ. Επαγ/τος: _____

Δ.Ο.Υ.: _____

, Διεύθυνση Εργασίας

+ Οδός: _____

Πόλη: _____ Τ.Κ. _____

' : _____ Fax: _____

Μέτοχος σε Ιατρική Εταιρεία

Επωνυμία: _____

Μέτοχος σε Ιδιωτική Κλινική

Επωνυμία: _____

Στρατιώτης: Άνεργος

Ειδικότητα: _____

Αριθμός: _____ Ημ. _____

Ο/Η ανωτέρω ιατρός έχοντας τις νόμιμες προϋποθέσεις, παρακαλώ όπως εγκρίνετε την

Αρχική Εγγραφή μου

Μεταγραφή μου από τον Ιατρικό Σύλλογο _____

στο μητρώο του Ιατρικού Συλλόγου Ρόδου στο οποίο την περιφέρεια θα ασκήσω το ιατρικό επάγγελμα.

Δηλώνω τη συγκατάθεση μου για την διάθεση των προσωπικών μου δεδομένων (Ειδικότητα, Τίτλοι σπουδών, άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος, Διεύθυνση, τηλέφωνα κλπ) που τηρούνται στο Μητρώο του Ι.Σ.Ρ. για ενημερωτικούς, επιστημονικούς ή άλλους σκοπούς. Σε περίπτωση αλλαγής των στοιχείων μου θα ενημερώσω τον Ι.Σ.Ρ.

Ο/Η Δηλών/ούσα

Ονοματεπώνυμο με λατινικούς χαρακτήρες:
