

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ

.....

ΟΝΟΜΑ

.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

.....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.

.....

ΑΡΙΘ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤ.

.....

Α.Φ.Μ.

.....

Δ.Ο.Υ.:

.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

.....

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ

.....

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

.....

Email:

.....

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

- Επίκαιρη Βεβαίωση Εγγραφής ΙΣΡ.
- Βεβαίωση Λειτουργίας Ιατρείου από τον ΙΣΡ
- Συμπληρωματικό έντυπο σύμβασης σε δυο αντίτυπα.

Ρόδος:/...../2016

Αριθ. Πρωτ.:.....

ΠΡΟΣ:

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : 6^ο ΧΛΜ. ΡΟΔΟΥ -
ΛΙΝΔΟΥ ΡΟΔΟΣ Τ.Κ. 85100**

Παρακαλώ να συνάψετε τη σύμβαση με την Υπηρεσία σας για την Ιατρική Εξέταση υποψήφιων οδηγών και οδηγών για το έτος 2016

ΡΟΔΟΣ

...../...../20.....

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....

(Υπογραφή – σφραγίδα)