

Αρ.Πρωτοκόλλου:

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Ι.Σ.ΣΕΡΡΩΝ

**Προς
Ιατρικό Σύλλογο Σερρών**

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε βεβαίωση,
στην οποία να φαίνεται:

ΑΜΚΑ:.....

ΑΜ ΤΣΑΥ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

ΠΟΛΗ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΑΦΜ:.....

EMAIL:.....

ΑΦΟΡΑ: Έκδοση βεβαίωσης που θα
χρησιμοποιηθεί *

Δηλώνω ότι:

α) Κατέχω έμμισθη θέση στο.....

ή

Δεν κατέχω καμια έμμισθη
θέση (σε ιδιωτικό ή Δημόσιο φορέα.

η εγγραφή μου στα μητρώα του Ι.Σ.Σερρων

ο χρόνος ενάρξεως ασκήσεως του
ιατρικού επαγγέλματος

ο χρόνος ενάρξεως και το είδος της
ασκούμενης από εμένα ιατρικής
ειδικότητας.

Σέρρες.....2021

υπογραφή

*γράφεται ο λόγος και η Υπηρεσία που θα
κατατεθεί η ζητούμενη βεβαίωση.