**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΠΡΟΣ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ……………………………………………..**

**ΙΑΤΡΙΚΟ**

**ΟΝΟΜΑ………………………………………………… ΣΥΛΛΟΓΟ**

**ΚΕΦ/ΝΙΑΣ**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΩΣ……………………………………..**

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ………………………………………….** Σας παρακαλώ να

μου χορηγήσετε

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΣΚ

……………………………..

βεβαίωση εγγραφής

στον ΙΣΚ.

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ…………………………………………..**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ…………………………………………...**

**ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ…………………...................**

**…………………………………………………………...**

**ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ**

**Α) ΚΑΤΕΧΩ ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ΣΤΟ………………**

**……………………………………………………………**

**Β) ΔΙΑΤΗΡΩ ΙΑΤΡΕΙΟ……………………………….**

**…………………………………………………………..**

**Γ) ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ …………………………………**

**……………………………………………………………**