



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
HELLENIC ASSOCIATION
FOR ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY**

ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΔΟΧΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ		ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΚΙΝΗΤΟ		EMAIL	

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΔΟΣ / ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΛΗ / ΤΚ	
-----------------------	--	------------------	--

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΟΔΟΣ / ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΛΗ / ΤΚ	
-----------------------	--	------------------	--

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΤΥΧΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ		
ΠΤΥΧΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ		

ΤΙΤΛΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΙΤΗΣΗ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΜΕΛΟΥΣ)

	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ	ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ / ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ & ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ		

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΙΤΗΣΗ ΔΟΚΙΜΟΥ ΜΕΛΟΥΣ)

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ & ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ		

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΑΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΔΥΟ ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Με την υπογραφή της παρούσης δηλώνω ότι:

Αιτούμαι την εισδοχή μου στα ΤΑΚΤΙΚΑ / ΔΟΚΙΜΑ / ΕΚΤΑΚΤΑ μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής.

Γνωρίζω και αποδέχομαι το καταστατικό της εταιρείας

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Παρακαλώ συμπληρώστε την αίτηση με κεφαλαία και ευανάγνωστα γράμματα.

Το περιοδικό της εταιρείας αποστέλλεται στη διεύθυνση αλληλογραφίας. Αν είναι η ίδια με τη διεύθυνση εργασίας, μπορείτε να αφήσετε το πεδίο κενό.

Η περιοχή «τίτλος ειδικότητας» συμπληρώνεται μόνο από υποψήφια τακτικά μέλη.

Η περιοχή «εκπαίδευση ειδικότητας» συμπληρώνεται μόνο από υποψήφια δόκιμα μέλη.

Η αίτηση πρέπει να σταλεί μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση info@haoms.org με συνημμένους τους τίτλους σπουδών (πτυχία) και τον τίτλο ειδικότητας (άδεια ασκήσεως) σε μορφή PDF.

Αν αίτησή σας έχει ελλιπή ή δυσανάγνωστα στοιχεία ή δεν συνοδεύεται από τα απαραίτητα δικαιολογητικά, δεν μπορεί να γίνει δεκτή και θα ενημερωθείτε για να επαναλάβετε τη διαδικασία.

Όταν εγκριθεί η αίτησή σας θα λάβετε οδηγίες για να καταβάλετε το ποσό που αντιστοιχεί στην εγγραφή σας και τη συνδρομή του πρώτου έτους.