



Ελληνική Παιδοδοντική Εταιρεία

Hellenic Society of Paediatric Dentistry

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΝΕΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ:	ΟΝΟΜΑ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ:	ΑΠΟ: __ (μήνας) ____ (έτος) ΕΩΣ: __ (μήνας) ____ (έτος)
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	
ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ: ☐	ΑΛΛΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ:	ΑΠΟ: __ (μήνας) ____ (έτος) ΕΩΣ: __ (μήνας) ____ (έτος)
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΙ ΤΙΤΛΟΙ	
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	
Διεύθυνση Ιατρείου: Οδός:	Αριθμός:
Πόλη:	ΤΚ:
Τηλέφωνο εργασίας:	Fax:
Κινητό Τηλέφωνο:	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση (email):	
Διεύθυνση Ιστοσελίδας (web page):	

Παρακαλώ όπως αποδεχθείτε την αίτηση εγγραφής μου στην εταιρεία σας.
Την αίτηση μου προσυπογράφουν τα μέλη της εταιρείας:

	Όνομα	Επώνυμο	Υπογραφή
1.			
2.			

Ο/Η Αιτών/ούσα,

Να σταλεί ηλεκτρονικά στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: secretary@hspd.gr
Συνημμένα να σταλούν: φωτοτυπίες πτυχίου, ειδικότητας και τίτλων.