

Δ/νση: Γραφείο Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής

Μακρυνίτσας 4-6, 5ος όροφος, Αμπελόκηποι, ΤΚ 11522, Αθήνα

Τηλ 21320776340 [**http://www.hesem.gr**](http://www.hesem.gr/) **E-Mail****: info@hesem.gr** Fax 2310359090

 **ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΜΕΛΟΣ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ)**

**ΕΠΩΝΥΜΟ**.…........................................................................................................……

**ΟΝΟΜΑ**.…...............................................................................................................................…..

**ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ**……...…………………………………………………………………….........................

**Ειδικότητα**……………………………………………… **Εξειδίκευση**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |   |   | **/** |   |  | / |   |  |  |   |

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ**.................................................................…

**ΠΟΛΗ**.............................................................. **ΤΚ** …………………

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ**  …………………………………...……….….… **ΚΙΝΗΤΟ** ………….………...………...………

**E-MAIL** ……………….…………………………….…………………… **FAX** ………………………...………….…….

**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΚΑΒ/Ιδιώτης** *(όποιο ισχύει)*  **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ……………………………………**  .................................................. **ΤΚ** ……..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ …………………………………** **E-MAIL………………………………………………**

(ΜΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Ε-MAIL ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ)

**ΘΕΣΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΚΑΒ** ...................................................................... **ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ 1ου διορισμού……………………………………………………………………**

**ΜΕΛΟΣ** **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**........................................................................................

**ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ……………………………………………………………**

…………………………………………………………….*…………….…………………….………………………...…………..*

**ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΜΕΛΟΥΣ:** *Παρακαλώ επιλέξτε* **Τακτικό Μέλος € 30**

**Πάρεδρο Μέλος 10 ευρώ** (Ειδικευόμενοι-Νοσηλευτές-Διασώστες-άλλοι επιστήμονες υγείας).

**Δύο τακτικά μέλη ΕΕΕΙ που προτείνουν τον/την υποψήφιο** (Συμπληρώνεται από τα μέλη μετά την εξέταση της αίτησης)**.**

Μέλος……………………………………………………………………………………………………………………………….

Μέλος ……………………………………………………………………………………………………………………………….