



## ΑΙΤΗΣΗ

Όνομα:

Επώνυμο:

Ημερομηνία:

Προς τον/την Πρόεδρο της

### ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Καυκάσου 8, Αθήνα-113 62

ΤΗΛ : +30 210 8251677

E-mail: [info@eefiap.gr](mailto:info@eefiap.gr)

[www.eefiap.gr](http://www.eefiap.gr)

Σας παρακαλώ να δεχθείτε την αίτηση για την εγγραφή μου ως

**Τακτικό** ( Ειδικευμένοι Φυσίατροι) ( )

**Δόκιμο** (Ειδικευόμενοι Φυσίατροι) ( )

**Επικουρικό** (Ιατροί άλλων ειδικοτήτων)( )

**Αντεπιστέλλον** (Μέλη τα οποία ζουν στο εξωτερικό) ( )

**Ομότιμο** ( )

μέλος στην Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και  
Αποκατάστασης.

Με την αίτησή μου σας επισυνάπτω τα απαραίτητα δικαιολογητικά:

1. Έντυπο δημογραφικών στοιχείων (στην 2<sup>η</sup> σελίδα της αίτησης)
2. Αντίγραφο του τίτλου της Ειδικότητας  
(για τα Τακτικά, Επικουρικά και Αντεπιστέλλοντα Μέλη)
3. Βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο (για τα Τακτικά,  
Δόκιμα και Επικουρικά Μέλη)
4. Βεβαίωση του Δ/του της Κλινικής ΦΙΑπ (μόνον για τα Δόκιμα  
μέλη-ειδικευόμενοι)
5. Βιογραφικό σημείωμα στα Ελληνικά και στα Αγγλικά (με e-mail  
αν είναι εφικτό)

Με τιμή

Ο/Η αιτών/ούσα

#### Οι προτείνοντες:

(για τα τακτικά, δόκιμα, επικουρικά και αντεπιστέλλοντα μέλη)

1)

2)

**ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ                       |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ                        |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ                 |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ<br>ΑΡΙΘΜΟΣ Τ.Κ. |  |
| ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ                         |  |
| ΦΑΞ ΟΙΚΙΑΣ                          |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ                  |  |
| ΤΗΛ ΕΡΓΑΣΙΑΣ                        |  |
| ΦΑΞ ΕΡΓΑΣΙΑΣ                        |  |
| ΚΙΝΗΤΟ                              |  |
| e-mail                              |  |

**ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ ΝΑ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΣΤΗΝ :**

ΚΑΤΟΙΚΙΑ ( ) ΕΡΓΑΣΙΑ ( )

**ΚΥΡΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ :**Ε.Σ.Υ. ( ) - ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ( )  
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ( ) - ΑΛΛΑ ( )**ΧΩΡΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ : .....  
Διευθυντής ( ) - Επιμελητής Α' ( ) - Επιμελητής Β' ( ) – Ειδικευόμενος ( )ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ : .....  
Καθηγητής ( ), Αναπλ Καθηγητής ( ), Επικ Καθηγητής ( ), Λέκτορας ( )ΙΔΙΩΤ. ΙΑΤΡΙΚΗ: .....  
ΑΛΛΑ : .....**ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ:**

.....

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....  
ΠΑΝ/ΚΟΙ ΤΙΤΛΟΙ : .....  
ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (για τα δόκιμα μέλη) :.....  
ΕΤΟΣ ΛΗΨΕΩΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ.....  
ΧΩΡΑ ΛΗΨΕΩΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ.....  
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ:.....**ΜΕΛΟΣ ΑΛΛΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ:****ΑΓΓΛΙΚΟ ΚΕΙΜΕΝΟ**SURNAME:.....  
FIRST NAME : .....  
STREET.....  
CITY : .....  
SPECIALITY .....