

Ταμείο Επαγγελματικής
Ασφάλισης του Ιατρικού
Συλλόγου Θεσσαλονίκης ΝΠΙΔ



Occupational Pension Fund of
the Medical Chamber of
Thessaloniki

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕΛΟΥΣ ΚΕΕ

Όνοματεπώνυμο:

Όνομα Πατρός:

Διεύθυνση κατοικίας:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου :

Κινητό τηλέφωνο:

Με την παρούσα αίτηση υποβάλλω υποψηφιότητα για την εκλογή μου ως μέλος της **τριμελούς Κεντρικής Εφορευτικής Επιτροπής (ΚΕΕ)** για τις εκλογές που θα γίνουν στις 7 Ιουνίου 2023.

Ημερομηνία:.....

Ο/η αιτών/ούσα:.....

Υπογραφή:.....