

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η

Για Μέλος της Ελληνικής Περιοδοντολογικής Εταιρείας: Τακτικό __
Συνεργό __

Επίθετο _____ Όνομα _____

Όνομα Πατρός _____ Τηλέφωνο _____

Διεύθυνση: Οδός _____ Αριθμός _____
Πόλη _____ Τ.Κ. _____

Ημερομηνία Γέννησης _____ Τόπος _____

Σ Π Ο Υ Δ Ε Σ

Πανεπιστήμιο ή Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Προπτυχιακά	Διάρκεια Παρακολούθησης	Τίτλος * (Πτυχίο)	Ημερομηνία λήψης πτυχίου
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Μεταπτυχιακά			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Προηγούμενη απασχόληση ή παρακολούθηση σε :

	Όνομασία	Τόπος	Χρονική διάρκεια
α. Πανεπιστήμιο	_____	_____	_____
β. Τ Ε Ι.	_____	_____	_____
γ. Νοσοκομείο	_____	_____	_____
δ. Κρατική Υπηρεσία	_____	_____	_____
ε. Ερευνητικό Κέντρο	_____	_____	_____
στ. Στρατιωτ. Κέντρο	_____	_____	_____
ζ. Άλλο	_____	_____	_____

* Παρακαλούμε επισυνάψατε φωτοαντίγραφα των τίτλων σπουδών σας.

Σημερινή Επαγγελματική απασχόληση :

Γράψτε οτιδήποτε θεωρείτε ότι αποδεικνύει τη συμμετοχή ή το ενδιαφέρον σας για την Περιοδοντολογία

α) Συγγραφή εργασιών, βιβλίων _____

β) Άρθρα, ανακοινώσεις, ομιλίες, στα Μ.Μ.Ε.

γ) Παρακολούθηση Επιστημονικών Συνεδρίων, Σεμιναρίων, μετεκπαιδευτικών μαθημάτων _____

δ) Άλλα _____

Αναφέρατε δύο ή τρία από τα μέλη της Εταιρείας, τα οποία σας γνωρίζουν και σας συνιστούν, για να γίνετε μέλος. *

α)

Όνοματεπώνυμο	Διεύθυνση	Τηλέφωνο
_____	_____	_____

β) _____

γ) _____

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή _____