

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:
----------	--------

Όνομα Πατρός:

Αρ. Ταυτότητας:	Εκδ. Αρχή:
-----------------	------------

Α.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:
---------	---------

Συμπληρώνετε εφόσον υφίσταται

Οργανισμός ή πλαίσιο απασχόλησης:

Στοιχεία Επικοινωνίας

Διεύθυνση			
Πόλη	T.K		
Τηλέφωνο	Κινητό		
E mail			

Έτος κτήσης πτυχίου

Σχολή

Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Μεταπτυχιακός ή
Διδακτορικός τίτλος

Συμπληρώστε τίτλο και το πανεπιστήμιο που
τον απένειμε

Επιθυμώ την προβολή μου μέσω της ιστοσελίδας και του έντυπου καταλόγου μελών του συλλόγου.

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

Επιθυμώ την ενημέρωσή μου για τις δραστηριότητες του ΣΕΛΛΕ μέσω email/newsletter.

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

Ο/η κάτωθι υπογράφων/ουσα, δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που καταθέτω είναι αληθή κι αφού έλαβα γνώση των κανόνων λειτουργίας και της Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Συλλόγου Επιστημόνων Λογοπαθολόγων Λογοθεραπευτών Ελλάδος, επιθυμώ να γραφτώ σε αυτόν.

Ημερομηνία: ___/___/20__

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (ολογράφως):

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: