

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΔΟΚΙΜΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:
----------	--------

Όνομα Πατρός:
---------------

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

Στοιχεία Επικοινωνίας

Διεύθυνση			
Πόλη		T.K	
Τηλέφωνο		Κινητό	
E mail			

Σχολή

Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Εξάμηνο Φοίτησης

Άλλο πτυχίο

Συμπληρώστε τίτλο και Πανεπιστήμιο που τον απένειμε


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: