

# Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ .....

ΟΝΟΜΑ .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ .....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ Ι.Σ.Α.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ .....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ .....

ΑΦΟΡΑ: Έκδοση βεβαίωσης που  
θα χρησιμοποιηθεί\* .....

Δηλώνω ότι:

α) Κατέχω έμμοιδη δέση στο:

ή

β) ΔΕΝ κατέχω καμμία έμμοιδη  
δέση (σε ιδιωτικό ή Δημόσιο φορέα).

## Προς Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε βε-  
βαίωση, στην όποια να φαίνεται:

– η εγγραφή μου στα μητρώα του  
Ι.Σ.Α.

– ο χρόνος ενάρξεως ασκήσεως του  
ιατρικού επαγγέλματος

– ο χρόνος ενάρξεως και το είδος της  
ασκούμενης από εμένα ιατρικής  
ειδικότητας.

ΑΘΗΝΑ.....200.....

υπογραφή

\* Γράφεται ο λόγος και η Υπηρεσία που θα κατατεθεί η  
ζητούμενη βεβαίωση.