



Αίτηση Εγγραφής Μέλους

Όνοματεπώνυμο: _____

Ειδικότητα: _____

Έτος Γέννησης: _____

Τίτλοι σπουδών: _____

Υψηκότητα: _____

ΑΔΤ: _____

Διεύθυνση επικοινωνίας: _____

(οδός, αριθμός, Τ.Κ., πόλη)

Τηλέφωνα επικοινωνίας: _____

Φαξ: _____

Email: _____

Δηλώνω ότι επιθυμώ να γίνω μέλος της Ελληνικής Ακαδημίας Διαβήτη και αποδέχομαι τα Άρθρα του Καταστατικού της.

(Υπογραφή)

(Ημερομηνία)

Προτείνοντες

(Όνοματεπώνυμο)

(Όνοματεπώνυμο)

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

Δικαίωμα εγγραφής: € 20 • Ετήσια συνδρομή: € 10

Η καταβολή του ποσού γίνεται μετά την αποδοχή της αίτησης από το ΔΣ της ΕΑΔ και μόνο σε τραπεζικό λογαριασμό

Παρακαλούμε επιστρέψτε την αίτηση συμπληρωμένη στην

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΑΔΗΜΙΑ ΔΙΑΒΗΤΗ

Αδριανουπόλεως 32 Καλαμαριά, 55133 Θεσσαλονίκη

ή ηλεκτρονικά σε ένα από τα παρακάτω email:

info@hellenicdiabetesacademy.gr / hellenicdiabetesacademy@gmail.com

Αδριανουπόλεως 32,
Καλαμαριά, ΤΚ 55133,
Θεσσαλονίκη

Τηλ: 2310 256222

Fax: 2310 357657