

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΕΣΝΕ

Προς το Διοικητικό Συμβούλιο του
Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ)
Μεσογείων 2, Γ' κτίριο, ΤΚ 115 27 ΑΘΗΝΑ
Τηλ: 210 7702861 – 210 7485307 - Fax: 210 7790360
Email: esne@esne.gr www.esne.gr

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΜΗΤΡΩΟΥ*

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ*

* Συμπληρώνονται από τον ΕΣΝΕ

Παρακαλώ να εγκρίνετε την εγγραφή μου σαν Τακτικό Μέλος του ΕΣΝΕ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατέρα:

Όνομα Μητέρας:

Έτος Γέννησης:

Τόπος Γέννησης:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας/ Διαβατηρίου:

Τηλ.:

Κινητό:

Email:

Διεύθυνση κατοικίας (Οδός/Αριθμός/ΤΚ/Πόλη):

Αποφοίτησα από:

Εκπαιδευτικό Ίδρυμα:

Έτος Λήψεως Πτυχίου:

Ειδικότητα:

Μεταπτυχιακά:

Διδακτορικό:

Ξένες Γλώσσες:

Εργάζομαι στο(ν):

Φορέας Απασχόλησης (Επωνυμία) :

Τμήμα Απασχόλησης:

Θέση:

Διεύθυνση Εργασίας (Οδός/Αριθμός/ΤΚ/Πόλη) :

Τηλ.

Email:

Ενδιαφέρομαι να εγγραφώ μέλος στον Τομέα:

(Σημειώστε έως και 3 πεδία)

Αναισθησιολογίας

ΠΦΥ/ Κοινωνικής

Διοίκησης

Ογκολογίας

Εκπαίδευσης

Παιδιατρικής

Επείγουσας & Εντατικής

Ψυχικής Υγείας

Συνυποβάλλω Αντίγραφο Πτυχίου & Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος

Σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (GDPR), **συμφωνώ να λαμβάνω στο email μου ενημερώσεις από τον ΕΣΝΕ** σε ό,τι αφορά στις δραστηριότητές του.

Ο Αιτών / Η Αιτούσα

Ημερομηνία: / / 20...

Υπογραφή: