



**Αίτηση εγγραφής για Μέλος του  
Τμήματος Ουρογεννητικής Ογκολογίας**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

**Όνοματεπώνυμο:** \_\_\_\_\_

**Διεύθυνση:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Τηλ.:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**Κιν.:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Αθήνα, ...../...../201..**

**Ο/Η Αιτών/ούσα**