

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ

Για την εγγραφή σας στο σωματείο χρειάζεται:

- μια φωτοτυπία του πτυχίου,
- μια φωτοτυπία της κλινικής πρακτικής,
- μια φωτοτυπία της απόδειξης κατάθεσης του ποσού των 50€ στο λογαριασμό της **ALPHA BANK 120-002101-204854** (40€ για τη συνδρομή και 10€ για την εγγραφή), και
- μια συμπληρωμένη αίτηση με τα στοιχεία σας (επισυνάπτεται στη συνέχεια).

Η διεύθυνση αποστολής είναι ΣΗΜΙΤΟΥ 5 ΚΑΛΛΙΠΟΛΗ, ΠΕΙΡΑΙΑΣ ΤΚ 18539 υπόψιν ΣΑΠΟΥΝΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑΣ.

Για οποιαδήποτε διευκρίνηση επικοινωνήστε στο 6979112021 ή 6934857855 (12μ.μ. - 14.00 μ.μ.), ή στείλτε mail στο chr.sarounaki@yahoo.gr.

Τα δικαιολογητικά μπορούν να στέλνονται μέσω φαξ στο 2104610752, ή μέσω ταχυδρομείου ή email.

Ευχαριστώ πολύ,

η γραμματέας
ΣΑΠΟΥΝΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

Ημερομηνία:

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ-ΛΟΓΟΠΕΔΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η,

Όνομα:.....Επώνυμο:.....Όνομα Πατρός:.....

Διεύθυνση: Οδός:.....Αριθμός:.....Πόλη:.....Τ.Κ:.....

Τηλέφωνο:.....Φαξ:.....Κινητό:.....

Email:

Ημερομηνία Γέννησης:.....Υπηκοότητα:

Αρ.Αστ. Ταυτότητας:.....Αρχή Έκδοσης:.....

Τίτλος Σπουδών:

Βασικό Πτυχίο:

Μεταπτυχιακό Δίπλωμα:

Πανεπιστήμιο Αποφοίτησης:

Χώρα Σπουδών:

Παρακαλώ όπως με εγγράψετε στα βιβλία μητρώου του Σωματείου Λογοθεραπευτών-Λογοπεδικών Ελλάδος ως μέλος, καθώς πληρώ τις σχετικές προϋποθέσεις, όπως αποδεικνύεται από τα συνημμένα έγγραφα που σας υποβάλλω.

Επίσης, σας δηλώνω ότι αποδέχομαι τους όρους του από 01.03.2006 Καταστατικού σας, των οποίων έχω ήδη λάβει γνώση.

Ο/Η αιτών/ούσα

Δεκτοί ως μέλη του Σωματείου θεωρούνται μέχρι όσων έχουν εκπληρώσει τις οικονομικές τους υποχρεώσεις προς το Σωματείο.