

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ: Σύλλογο Πρόληψης Μυοσκελετικών Παθήσεων OsteoProlipsis.Gr

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

E-MAIL.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

A.Δ.Τ. :

A.Φ.Μ. :

Παρακαλώ με την παρούσα αίτηση να με εγγράψετε στο μητρώο μελών του συλλόγου ως:
(Κυκλώστε το Α, ή το Β)

Α) Τακτικό μέλος με δικαίωμα συμμετοχής στις εκλογές του συλλόγου και ετήσια συνδρομή 10 ευρώ. Η συνδρομή καταβάλλεται μετά την έγκριση της αίτησης από το ΔΣ του συλλόγου και την αποδοχή των όρων του καταστατικού.

Β) Αρωγό μέλος, χωρίς δικαίωμα συμμετοχής στις εκλογές του συλλόγου και χωρίς ετήσια συνδρομή. Τα αρωγά μέλη μπορούν να συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες του συλλόγου, πλην των εκλογών και της γενικής συνέλευσης.

Πληροφορίες για τον σύλλογο μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα:

www.osteoprolipsis.gr

Για επικοινωνία με το σύλλογο:

Δ/νση: Λ. Μεσογείων 421^Α, Αγία Παρασκευή Τ.Κ. 15343

Τηλ.: 2106000244

e-mail: osteoprolipsis@gmail.com

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: