



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Πανελλήνιος Σύλλογος Οδοντοτεχνιτών
Ν.Π.Δ.Δ.

Αριστοτέλους 14, 10432, ΑΘΗΝΑ, Τ|210 5229501, F|210 5246280

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ:.....
ΕΠΩΝΥΜΟ:.....
ΟΝ. ΜΗΤΡΟΣ:.....
ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:.....
Α.Δ.Τ.:.....ΗΜ. ΕΚΔΟΣΗΣ:.....
Α.Μ.Κ.Α.:.....Α.Φ.Μ.:.....Δ.Ο.Υ.:.....
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....
ΠΕΡΙΟΧΗ:.....ΠΟΛΗ:.....ΤΚ:.....
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.:.....ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:.....
EMAIL 1:.....EMAIL 2:.....
ΠΤΥΧΙΟ:.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ:.....
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓ/ΤΟΣ:.....
ΑΡΙΘΜΟΣ & ΕΤΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓ/ΤΟΣ:.....
ΑΛΛΟ ΠΤΥΧΙΟ:.....

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥΧΟΣ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ:.....
Δ/ΝΣΗ:.....ΠΕΡΙΟΧΗ:.....
ΠΟΛΗ:.....ΤΚ:.....ΤΗΛ.:.....
EMAIL:.....
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓ/ΟΣ:.....

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΣΕ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ:.....
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ:.....
Δ/ΝΣΗ:.....ΠΟΛΗ:.....ΤΚ:.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....EMAIL:.....

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....
Δ/ΝΣΗ:.....ΠΟΛΗ:.....ΤΚ:.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....EMAIL:.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ:.....
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....ΘΕΣΗ:.....
Δ/ΝΣΗ:.....ΠΟΛΗ:.....ΤΚ:.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....EMAIL:.....

ΑΛΛΟ

.....
.....
.....

Αιτούμαι την εγγραφή μου ως μέλος στον ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΩΝ και δηλώνω:

1.Ότι γνωρίζω και αποδέχομαι τους όρους του Ν. 4461/2017 (άρθρα 54-71) αναφορικά με το ΣΥΛΛΟΓΟ.

2.Προσκομίζω τα δικαιολογητικά:

α) Αίτηση εγγραφής

β) Δύο Φωτογραφίες

γ) Αντίγραφο πτυχίου ή άδεια άσκησης επαγγέλματος (επικυρωμένα)

(Πτυχιούχοι: των πρώην Οδοντοτεχνικών Σχολών Κ.Α.Τ.Ε.Ε. και Κ.Α.Τ.Ε., των Τμημάτων Οδοντικής Τεχνολογίας των Σχολών Επιστημών Υγείας - Πρόνοιας των Τ.Ε.Ι., των Σχολών ή Τμημάτων της αλλοδαπής των οποίων τα πτυχία έχουν αναγνωρισθεί ως ισότιμα με τα πτυχία οδοντοτεχνίτη της ημεδαπής κατά την κείμενη νομοθεσία, οι κάτοχοι άδειας επαγγέλματος οδοντοτεχνίτη, σύμφωνα με το ν. 1666/1986)

δ) Το ποσό των 30,00€ για την εγγραφή

Ο/Η ΑΙΤ.....