

ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

ΜΕΛΟΥΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΟΝΟΜΑ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

**Προς
το Δ.Σ. της Ελληνικής Μαιευτικής και
Γυναικολογικής Εταιρείας.**

Σας δηλώνω ότι υποβάλλω **υποψηφιότητα** μέλους του **Διοικητικού Συμβουλίου** της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας στις αρχαιρεσίες της 26^{ης} Μαΐου 2018 και σε περίπτωση μη επίτευξης απαρτίας της 2^{ης} Ιουνίου 2018.

Αθήνα,2018

Ο δηλών

Η παρούσα δήλωση μπορεί α) **να κατατεθεί** στη Γραμματεία της Εταιρείας (οδός Αλκαίου αριθμ. 10 – Αθήνα) ή β) **να αποσταλεί** με τηλεομοιοτυπία (FAX) στο τηλέφωνο 210 7774609 ή γ) ηλεκτρονικά στο e-mail: helobgyn@otenet.gr **το αργότερο μέχρι την Κυριακή 20 Μαΐου 2018.**

(Υπογραφή- σφραγίδα)