

ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΛΟΥΣ
ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΟΝΟΜΑ:.....
ΕΠΩΝΥΜΟ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....
Email:.....

Αθήνα, /2021

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

.....

Σας δηλώνω ότι υποβάλλω **υποψηφιότητα** αναπληρωματικού μέλους του νέου **Διοικητικού Συμβουλίου** της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας στις αρχαιρεσίες της 27^{ης} Οκτωβρίου 2021 και σε περίπτωση μη επίτευξης απαρτίας της 3ης Νοεμβρίου 2021.

Ο δηλών

Η παρούσα δήλωση μπορεί να αποσταλεί:

α) με τηλεομοιοτυπία (FAX) στο τηλέφωνο 210 7774609
ή
β) ηλεκτρονικά στο e-mail: helobgyn@otenet.gr το
αργότερο μέχρι την Πέμπτη 21 Οκτωβρίου 2021.

(Υπογραφή- σφραγίδα)