|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ**  **ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ**  **ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ ΙΣΠ**  **ΕΠΩΝΥΜΟ:**  **ΟΝΟΜΑ:**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**  **Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:**  **ΑΜΚΑ:**  **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**  **ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ:**  **Τ.Κ.:**  **ΠΟΛΗ:**  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**  **ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**  **ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**  **Email:**  **Θέμα: «Αίτηση διαγραφής»**  Πάτρα, ………/………/20……… | **Προς**  **τον Ιατρικό Σύλλογο Πατρών**  Αιτούμαι τη διαγραφή μου από τον Ιατρικό Σύλλογο Πατρών προκειμένου να εγγραφώ στον Ιατρικό Σύλλογο …………………………………………………………..  Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.6 του αρθρ.22 του ν.1599/1986 όπως ισχύει, και βάσει των διατάξεων της παρ. 5 του άρθρου 295 του Ν. 4512/2018 δηλώνω ότι είμαι ενήμερος ότι εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών θα παρουσιαστώ αυτοπροσώπως στον Ιατρικό Σύλλογο ………………………………………... προκειμένου να επιβεβαιώσω την εγγραφή μου.  **Ο / Η Αιτ…...….. & Δηλ…….……** |