|  |  |
| --- | --- |
| **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…….……** |