

**ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ**  
**ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ**  
**ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ ΙΣΠ**

**Προς**  
**τον Ιατρικό Σύλλογο Πατρών**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:**

**ΑΜΚΑ:**

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**

Αιτούμαι τη διαγραφή μου από τον  
Ιατρικό Σύλλογο Πατρών προκειμένου να  
εγγραφώ στον Ιατρικό Σύλλογο

.....

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

**ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ:**

**Τ.Κ.:**

**ΠΟΛΗ:**

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.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

**ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**

**Email:**

**Θέμα: «Αίτηση διαγραφής»**

**Ο / Η Αιτ..... & Δηλ.....**

Πάτρα, ...../...../20.....