

Α Ι Τ Η Σ Η

Του

Όνομα πατρός

Οδοντιάτρου

Κατοίκου

Διευθ. Κατοικίας

Διευθ. Ιατρείου.....

Τ.Κ.

Σταθερό Τηλέφωνο

Κινητό Τηλέφωνο.....

e-mail.....

Α.Φ.Μ.

Δ.Ο.Υ.

Στοιχεία ταυτότητας

Αριθ.

Ημερ.

Αρχή

Θεσσαλονίκη..... 20....

Προς τον

**Προμηθευτικό και Καταναλωτικό Συνεταιρισμό
Οδοντιάτρων Θεσσαλονίκης.**

Σας προσκαλώ να δεχθείτε την εγγραφή μου ως μέλος του Συνεταιρισμού.

Δηλώνω ότι έλαβα γνώση των διατάξεων του καταστατικού του συνεταιρισμού τις οποίες και αποδέχομαι ανεπιφύλαχτα, όπως επίσης αποδέχομαι τις αποφάσεις της γενικής Συνέλευσης του και την υποχρέωση της εκπλήρωσης των οικονομικών υποχρεώσεων μου στο Συνεταιρισμό.

Συνημμένα υποβάλλω και πιστοποιητικό του Οδοντιατρικού Συλλόγου που είμαι εγγεγραμμένος.

Αιτ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Για τον Προμηθευτικό και Καταναλωτικό Συνεταιρισμό Οδοντιάτρων Θεσσαλονίκης .

Οδοντίατρος.....ΤΟΥ.....

δηλώνω υπεύθυνα, γνωρίζοντας και τις συνέπειες του Νόμου " Περὶ ψευδούς δηλώσεως," τα εξής:

α. Ότι έχω ελεύθερη τη διαχείριση της περιουσίας μου (Η τυχόν ευθύνη μου απέναντι στο Συνεταιρισμό ή στους πιστωτές του μπορεί να φτάσει στο διπλάσιο των μετόχων μου, ήτοι στο ανώτατο όριο των πενήντα οχτώ ευρώ και εξηνταενέα λεπτά (58,69 €) ή είκοσι χιλιάδες (20.000) δραχ, όπως προβλέπετε από το εδάφιο α' του άρθρου 7 του καταστατικού του.

β. Ότι αποδέχομαι ανεπιφύλαχτα τις διατάξεις του καταστατικού του Συνεταιρισμού, καθώς και τις αποφάσεις της γενικής συνελεύσεως του.

γ. Ότι η αποδοχή μου ως συνεταίρου, δεν έρχεται σε αντίθεση με άλλον τυχόν όρο του καταστατικού.

δ. Ότι δεν είμαι μέλος άλλου Συνεταιρισμού στον αυτό τόπο που να επιδιώκει τον ίδιο κύριο σκοπό.

ε. Ότι ήμουν μέλος άλλου Συνεταιρισμού από τον οποίο αποχώρησα, αφού εκπλήρωσα όλες τις οικονομικές υποχρεώσεις μου σ αυτόν.

στ. Ότι δεν διαγράφηκα από άλλον Συνεταιρισμό δυνάμει των περιπτώσεων β' και γ' του άρθρου 10 του Νόμου 602 (η από τη διαγραφή μου συμπληρώθηκε έτος.)

Θεσσαλονίκη20.....

ΔΗΛ

Η παράγραφος 5 παραμένει ή διαγράφεται
Ανάλογα με την περίπτωση