

# ΑΙΤΗΣΗ

# ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΚΩΔ.

ΟΝΟΜΑ.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

Α.Τ.....

ΑΦΜ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....

ΠΟΛΗ.....

Τ.Κ.....

ΤΗΛ.....

ΚΙΝΗΤΟ.....

## ΠΡΟΣ ΤΟΝ

ΣΥΝ/ΜΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

Παρακαλώ όπως με διαγράψετε  
από τα μητρώα του Συνεταιρισμού  
λόγω .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ