

.....
(Ημερομηνία)

Προς την
Ελληνική Φυτοπαθολογική
Εταιρεία
Ταχ. Θυρ. 51016
145 10 ΚΗΦΙΣΙΑ (ΑΘΗΝΑ)

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα πατρός:.....

Δ/ση & Τηλ. κατοικίας:.....

.....

Δ/ση & Τηλ. εργασίας:.....

.....

.....

Θέση & Τίτλος:.....

.....

.....

.....

Προπτυχιακές σπουδές (Πανεπιστήμιο,
Κλάδος, Έτος αποφοίτησης).....

.....

.....

.....

.....

Μεταπτυχιακές σπουδές:.....

.....

.....

.....

Εργαστηριακή πείρα:.....

.....

.....

Ειδίκευση:.....

.....

Παρακαλώ να με εγγράψετε
τακτικό μέλος της Εταιρείας.
Βεβαιώ ότι έχω όλα τα τυπικά
και ουσιαστικά προσόντα που
αναφέρει το άρθρο 3 παρ. (α) του
καταστατικού της Ε.Φ.Ε.

Με τιμή,

Ο/Η αιτ.....

α).....

Οι υπογράφωντες:

β).....

τακτικά μέλη της Ελληνικής Φυτοπαθολογικής Εταιρείας προτείνουμε τ...

.....
να γίνει τακτικό μέλος της Εταιρείας και παρακαλούμε για την εγγραφή τ...

Οι προτείνοντες
(υπογραφές)

.....

.....

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΦΥΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

(Να συμπληρωθούν με κεφαλαία γράμματα)

ΟΝΟΜΑ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΤΙΤΛΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: FAX ΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....

ΘΕΣΗ:.....

ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

Πανεπιστήμιο:.....

Κλάδος:.....

Έτος λήψης πτυχίου:.....

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

Πανεπιστήμιο:.....

Θέμα:.....

Μεταπτυχιακός τίτλος-Έτος λήψης:.....

ΠΡΟΪΠΗΡΕΣΙΑ:.....

.....

.....

ΤΟΜΕΙΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:

.....

.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση (E-mail)*

* Δέχομαι να μπει η ηλεκτρονική μου διεύθυνση στην ιστοσελίδα της Ε.Φ.Ε. ΝΑΙ ΟΧΙ

.....
(Ημερομηνία)

.....
(Υπογραφή)