

# ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΕΣΝΕ

Προς το Διοικητικό Συμβούλιο του  
**Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ)**  
Μεσογείων 2, Γ' κτίριο, ΤΚ 115 27 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ: 210 7702861 – 210 7485307 - Fax: 210 7790360  
Email: [esne@esne.gr](mailto:esne@esne.gr) [www.esne.gr](http://www.esne.gr)

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΜΗΤΡΩΟΥ\*

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ\*

\* Συμπληρώνονται από τον ΕΣΝΕ

## Αιτούμαι την εγγραφή μου ως Τακτικό Μέλος του ΕΣΝΕ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατέρα:

Όνομα Μητέρας:

Έτος Γέννησης:

Τόπος Γέννησης:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας/ Διαβατηρίου:

Τηλ.:

Κινητό:

Email:

Διεύθυνση κατοικίας (Οδός/Αριθμός/ΤΚ/Πόλη):

## Αποφοίτησα από:

Εκπαιδευτικό Ίδρυμα:

Έτος Λήψευς Πτυχίου:

Ειδικότητα:

Μεταπτυχιακά:

Διδακτορικό:

Ξένες Γλώσσες:

## Εργάζομαι στο(ν):

Φορέας Απασχόλησης (Επωνυμία) :

Τμήμα Απασχόλησης/Θέση Εργασίας:

Διεύθυνση Εργασίας (Οδός/Αριθμός/ΤΚ/Πόλη) :

Τηλ:

Email:

## Ενδιαφέρομαι να εγγραφώ μέλος στον Τομέα: (Σημειώστε έως και 3 πεδία)

Αναισθησιολογίας

ΠΦΥ/ Κοινωνικής

Διοίκησης

Ογκολογίας

Εκπαίδευσης

Παιδιατρικής

Επείγουσας & Εντατικής

Ψυχικής Υγείας

Συνοποβάλλω Αντίγραφο Πτυχίου  & Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος  & Αντίγραφο Απόδειξης Κατάθεσης

Σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (GDPR), συμφωνώ να λαμβάνω στο email μου ενημερώσεις από τον ΕΣΝΕ σε ό,τι αφορά στις δραστηριότητές του.

Ο Αιτών / Η Αιτούσα

Ημερομηνία: / / 20...

Υπογραφή: