

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ  
ΕΝΕ

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ)



**ΔΗΛΩΣΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

**ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ**  
**4ο Περιφερειακό Τμήμα Μακεδονίας και Θράκης**  
Μαβίλη 11 Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54630  
Τηλ.: 2310 522229, Fax: 2310 522219

(Δήλωση του άρθρου 4§2 του Ν.3252/04)

ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ <sup>1</sup>	

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΗΛΕΣ**

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ		ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ				
ΕΡΓΑΣ. ΦΟΡΕΑΣ		ΟΔΟΣ				
ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ		ΑΡΙΘΜΟΣ				
ΤΜ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ		Τ.Κ.				
ΘΕΣΗ		ΔΗΜΟΣ				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		ΝΟΜΟΣ				
ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ		ΣΤΑΘ. ΤΗΛ.				
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛ.		ΚΙΝ. ΤΗΛ.				
e-mail		e-mail				
ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Δημόσιο Μον. Υπάλληλος	<input type="checkbox"/>	Δημόσιο Ι.Δ.	<input type="checkbox"/>	Άνεργος	<input type="checkbox"/>
	Ιδιωτικό Τομέα	<input type="checkbox"/>	Stage	<input type="checkbox"/>		

Με την υποβολή της δήλωσης ανανέωσης εγγραφής, ο ενδιαφερόμενος υποχρεούται να προσκομίσει απόδειξη κατάθεσης **45 ευρώ** στην **ΤΡΑΠΕΖΑ EUROBANK** στην οποία θα αναγράφεται ευκρινώς το ονοματεπώνυμό του, στον αριθμό λογαριασμού: **0026.0122.41.0200447050**

**Υποβάλλεται μόνο ταχυδρομικώς ή ιδιοχειρώς**

...../...../ 2010  
Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

- 1** Συμπληρώνεται μόνο από αλλοδαπούς νοσηλευτές, οι οποίοι και υποχρεούνται να προσκομίσουν επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής και εργασίας τους.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
Εισφορά έτους	Αριθμός γραμ. είσπραξης	Ποσό	Ημερομηνία έγκρισης	Υπογραφή Αρμοδίου