***ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ***

**ΕΠΩΝΥΜΟ: .................................................................................**

**ΟΝΟΜΑ: .......................................................................................**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ................................................................................**

**Τ.Τ………………. ΠΟΛΗ:………………….**

**ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ............................ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ:..........................**

**ΚΙΝΗΤΟ: ………………………………………..**

**ΑΡ. ΦΑΞ: ...............................................**

**Email: …………………………………………….**

**Αρ. Ταυτότητας: ………………………………..**

**Αρ. ΜΗΤΡΩΟΥ του Υπουργείου Υγείας: ………………………………..**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ........................... ΥΠΟΓΡΑΦΗ...............................**

**Σημ.: Η Ετήσια Συνδρομή είναι €40**

Μπορείτε να στείλετε την Συνδρομή και την αίτηση εγγραφής ταχυδρομικώς στο Τ.Κ. 21455, 1509 Λευκωσία ή να πληρώσετε μέσω Τράπεζας στον Αρ. Λογαριασμού 0194-12-006537 (Τράπεζα Κύπρου) και να αποστείλετε την αίτηση και το έμβασμα στο φαξ 22667593