

**ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
«ΑΥΤΟΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗ»**

ΗΠΕΙΡΟΥ 41, ΑΘΗΝΑ 10439
Τηλ: 210 8818946, fax: 214 4120200
e – mail: autoekprosopisi@pepsaee.gr
www.autoekprosopisi.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΝΕΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____

ΦΟΡΕΑΣ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΔΟΣ _____

ΑΡΙΘΜΟΣ _____ Τ.Κ. _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ _____

ΦΑΞ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ _____

ΑΡΙΘΜΟΣ _____ Τ.Κ. _____

ΠΟΛΗ _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ _____

E-MAIL _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΠΡΟΣ

ΤΟ Δ.Σ. του σωματείου
«Αυτοεκπροσώπηση»

Ζητώ να εγγραφώ μέλος στο σωματείο
«Αυτοεκπροσώπηση» και δηλώνω
υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τις αρχές
και το καταστατικό του.

Ο/Η
ΑΙΤΩΝ /ΑΙΤΟΥΣΑ

Εγγραφή: 5 € (εφάπαξ) + Ετήσια Συνδρομή: 7 € = 12€

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να εγγραφείτε μέλος του Σωματείου, παρακαλούμε να αποστείλετε την αίτηση συμπληρωμένη ταχυδρομικά στην παρακάτω διεύθυνση: Ηπείρου 41, Αθήνα, Τ.Κ. 10439, υπ' όψιν Κου Διακάκη, καθώς και το ποσό της εγγραφής (5 €) και της συνδρομής (7 €) στο τραπεζικό λογαριασμό της Eurobank με IBAN: **GR4002602150000490201288897** με αιτιολογία: **το όνομά σας** και την φράση: «για εγγραφή και συνδρομή τρέχοντος έτους»