



- Προτεινόμενα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου

Όνοματεπώνυμο	Αρ.Μητρώου	Αρ. Ταυτότητας	Μετοχικό Κεφάλαιο	Αριθμός Μετοχών	Ποσοστό Συμμετοχής

- Διεύθυνση Εργασίας : .....

Οδός / Street: .....Αριθμός / Number: .....

Πόλη / City: ..... Τ.Κώδ. / Post Code: .....

Χώρα / Country: .....

Σημ: (Οποιαδήποτε αλλαγή διεύθυνσης πρέπει να γνωστοποιείται αμέσως)

Note: (Any change of address must be notified immediately)

- Αρ. Τηλεφώνου / Telephone No.: .....
- Αρ. Τηλεομοιότυπου / Fax No.: .....
- Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο / E-mail address: .....

Υπογραφή / Signature

Ημερομηνία / Date

.....

.....

## **2. Πιστοποιητικό που συνοδεύει την αίτηση:**

Πιστοποιητικό άδειας ασκήσεως επαγγέλματος από τον Παγκύπριο Οδοντιατρικό Σύλλογο για το τρέχον έτος.