

- 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. Πιστοποιητικά που συνοδεύουν την αίτηση:

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

(β) Απόδειξη κατάθεσης, με την ένδειξη **«Εγγραφή ΟΕΠΕ /Όνομα Εταιρείας»**, του ποσού των 150 ευρώ σε Τραπεζικό Λογαριασμό του Οδοντιατρικού Συμβουλίου Κύπρου σε κατάστημα της Τράπεζας Κύπρου στο αρ. Λογαριασμού: 357027399660
IBAN NO: CY09 0020 0195 0000 3570 2739 9660
SWIFT CODE: BCYPCY2N