

**ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΛΟΥΣ**  
**ΔΙΚΤΥΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΤΕΠ (ΔΥΣΑΤΕΠ)**

**Ημερομηνία:**

**Όνοματεπώνυμο:**

**Πατρώνυμο:**

**Απόφοιτος (χρονολογία) :**

**Επαγγελματική ιδιότητα:**

**Διεύθυνση αλληλογραφίας (οδός/ αριθμός/πόλη/τκ):**

**Τηλέφωνα εργασίας (σταθερό/κινητό/φαξ):**

**Email:**

Αιτούμαι, όπως εγγραφώ στους δικαιούχους χρήσης του Δικτύου Υγείας του ΣΑΤΕΠ και δηλώνω ότι αποδέχομαι τον κανονισμό λειτουργίας του ΔΥΣΑΤΕΠ, ενώ συνημμένα σας υποβάλω :

- A. αποδεικτικό εξόφλησης της ετήσιας συνδρομής μου στο ΔΥΣΑΤΕΠ.
- B. αποδεικτικό εξόφλησης της ετήσιας συνδρομής μου στον ΣΑΤΕΠ. \*

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

\* Για τους ταμειακώς ενήμερους, της ετήσιας (τρέχοντος έτους, έναρξη από 2017) συνδρομής μέλους του ΣΑΤΕΠ, δεν απαιτείται αποδεικτικό.