

## ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

κατάθεσης εγγράφων και παραλαβής τελικής πράξης

Ο/Η:

Όνομα: .....

Επώνυμο: .....

Αριθ. δελτίου ταυτότητας: .....

Ημ/νία έκδοσης: .....

Τόπος κατοικίας:.....

Οδός:..... Αριθ.:.....

ΤΚ:.....

εξουσιοδοτώ τ.....

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:

Όνομα: .....

Επώνυμο: .....

Αριθ. δελτ. ταυτότητας: .....

Ημ/νία έκδοσης: .....

Τόπος κατοικίας:.....

Οδός:..... Αριθ.:.....

ΤΚ:.....

ΝΑΙ ΟΧΙ	να καταθέσει στον Ιατρικό Σύλλογό μου τα έγγραφα που απαιτούνται για την έκδοση βεβαίωσης και να παραλάβει αντ' εμού τη βεβαίωση αυτή.
ΝΑΙ ΟΧΙ	να καταθέσει στην αρμόδια Διεύθυνση της Περιφερειακής Ενότητας στην οποία υπάγομαι διοικητικά τα έγγραφα που απαιτούνται για την έκδοση πιστοποιητικού υφιστάμενης επαγγελματικής κατάστασης (βεβαίωση good standing) και να παραλάβει αντ' εμού την τελική πράξη.

Ημερομηνία: ..... / ..... / 20....

Ο εξουσιοδοτών / Η εξουσιοδοτούσα