



ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΙΛΩΝ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
FRIENDS OF THE CENTER FOR PREVENTIVE PAEDIATRICS

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ
MEMBERSHIP APPLICATION FORM

ΕΠΙΘΕΤΟ / SURNAME.....

ΟΝΟΜΑ/ NAME.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ / PROFESSION.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΟΙΚΙΑΣ.....ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....ΚΙΝΗΤΟ.....

TELEPHONE HOME.....WORK.....MOBILE.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ/ ADDRESS.....

TACHYDROMIKOS ΚΩΔΙΚΑΣ / POST CODE.....

ΠΟΛΗ / TOWN.....

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ / E-MAIL.....

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΑΝΑΛΟΓΑ / FILL IN ACCORDINGLY

ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ ΕΝΕΡΓΑ ΣΤΙΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ/
I CAN ACTIVELY PARTICIPATE IN FUND RAISING EVENTS

ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ ΟΣΟ ΜΟΥ ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ Ο ΧΡΟΝΟΣ ΜΟΥ/
I CAN PARTICIPATE AS MUCH AS MY TIME ALLOWS

ΕΣΩΚΛΕΙΩ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΩΝ €20 ΣΑΝ ΠΡΩΤΗ ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ
I HEREBY ENCLOSE MY FIRST ANNUAL MEMBERSHIP FEE OF €20

Ο/Η ΑΙΤΗΤΗΣ/ΑΙΤΗΤΡΙΑ
NAME OF APPLICANT

ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟ
RECOMMENDED BY

.....

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ /DATE

Οι αιτήσεις να αποστέλλονται στο
Σύνδεσμο Φίλων Κέντρου Προληπτικής Παιδιατρικής
Τ.Θ. 56617, 3309 ΛΕΜΕΣΟΣ, ΚΥΠΡΟΣ
Please send your application to the Friends of the Center for Preventive Paediatrics
P.O Box 56617, 3309 Limassol, Cyprus