Σύνδεσμος Ιατροφυσικής και Βιο-Ιατρικής Μηχανικής Κύπρου. Τ.Κ. 24039, 1700 Λευκωσία, ΚΥΠΡΟΣ

Cyprus Association of Medical Physics and Biomedical Engineering. P.O. Box 24039, 1700 Nicosia, CYPRUS

MEMBERSHIP APPLICATION FORM/ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Title / Τίτλος : Dr/Mr/Mrs/Miss/Ms

Surname / Επώνυμο

Name / Όνομα

Date of Birth / Ημερομηνία Γεννήσεως

Place of Birth / Τόπος Γεννήσεως

Sex / Φύλο M/F

Home Address/Διεύθυνση Οικίας		Work Address/Διευθυνση Εργασίας	
Tel :		Tel :	
Fax :		Fax :	
E-mail :		E-mail	

Academic Qualifications/Ακαδημαϊκά Προσόντα

Name of Institution (Όνομα Ινστιτούτου)	From/To (Από/Μέχρι)	Specialisation (Ειδικότητα)	Title (Τίτλος)

Present Employment/Τρέχουσα Εργασία		Job Description/Περιγραφή Εργασίας
Name and Address/Όνομα και Διεύθυνση :		Post/Θέση :
		Type of Work/Είδος Εργασίας :
Tel :		Name of Supervisor/Όνομα Προϊστάμενου :
Fax :		
E-mail :		

Signature of Applicant/Υπογραφή Αιτητού :	Date/Ημερομηνία :

Sponsored by/Υποστηρίζεται από :

Name/Όνομα :		Name/Όνομα :	
Signature/Υπογραφή :		Signature/Υπογραφή :	
Date/Ημερομηνία :		Date/Ημερομηνία :	

For Official Use/Για Επίσημη Χρήση

Date Received/Ημερομηνία Παραλαβής		Secretary's Initials/Αρχικά Γραμματέα	
Date Approved/Ημερομηνία Έγκρισης		Secretary's Initials/Αρχικά Γραμματέα	
Membership Classification/Ομάδα Μέλους :			