



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ

Τζαβέλλη 42 Β - Ν. Ψυχικό, Τηλ/Fax 210-675.31.59

email: eefam@otenet.gr www.eefam.gr

Δ Ε Λ Τ Ι Ο Ε Γ Γ Ρ Α Φ Η Σ

Ο/Η υπογεγραμμένος/η

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Ζητώ να εγγραφώ σαν τακτικό μέλος της Ελληνικής Εταιρίας Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ, καθώς έχω τις ανάλογες προϋποθέσεις όπως αυτές ορίζονται στο Καταστατικό της Εταιρίας, το οποίο αποδέχομαι.

Αθήνα...../200.....

Ο/Η αιτών/ ούσα

Μέλη της Ε.Ε.Φα.Μ. που προτείνουν την αποδοχή της αίτησης:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

1.....

2.....

Συμπληρώνεται από την Ε.Ε.Φα.Μ.

Αριθμ. Αποφ. Δ.Σ.....

Αριθμ. Μητρώου.....

Τακτικό-Φιλικό-Επίτιμο Μέλος

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΟΜΕΝΟΥ

ΚΑΤΟΙΚΙΑ

Οδός -Αριθμός.....Πόλη - ΤΚ.....

Τηλ.....Fax.....Email.....

ΕΡΓΑΣΙΑ

Οδός -Αριθμός.....Πόλη - ΤΚ.....

Τηλ.....Fax.....Email.....

Σημειώστε τη Διεύθυνση που επιθυμείτε να σας στέλνουμε την αλληλογραφία και το περιοδικό της Ε.Ε.Φα.Μ.:

Κατοικίας Εργασίας

Σημειώστε αν επιθυμείτε να λαμβάνεται τα ενημερωτικά eNewsletters της Ε.Ε.Φα.Μ. μέσω email

ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....

ΕΙΔΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ.....

ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΣΗΣ:

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ & ΘΕΣΗ ΑΡΧΙΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΩΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΘΕΣΗ