

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΥΠΡΟΥ

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΥΠΡΟΥ

Επωνυμία φυσιοθεραπευτηρίου:

Απαραίτητα έγγραφα:

Εγγραφή στο Μητρώο Φυσιοθεραπευτών

Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος

Άδεια λειτουργίας φυσιοθεραπευτηρίου

Υπεύθυνη δήλωση:

1. Δηλώνω ότι όλα τα πιο πάνω στοιχεία είναι δεόντως συμπληρωμένα και αληθή.
2. Δεσμεύομαι, σε περίπτωση εγγραφής του φυσιοθεραπευτηρίου να συμμορφώνομαι από κάθε άποψη με όλες τις πρόνοιες του νόμου και των κανονισμών που βρίσκονται σε ισχύ.

Όνοματεπώνυμο αιτητή

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο Μάρτυρα

Υπογραφή

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΥΠΡΟΥ

ΜΕΡΟΣ Α'

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΥΠΡΟΥ
--

Προσωπικά στοιχεία

(Παρακαλώ κεφαλαία)

Επώνυμο _____

Όνομα _____

Φύλο

Έγγαμος/η	<input type="checkbox"/>
Άρρεν	<input type="checkbox"/>

Άγαμος/η	<input type="checkbox"/>
Θήλυ	<input type="checkbox"/>

Πατρογονικό όνομα _____

(για παντρεμένες γυναίκες)

Υπηκοότητα _____

Αρ. Ταυτότητας _____

Αρ Διαβατηρίου _____

(για μη Κύπριους)

Υπηκοότητα συζύγου (σε έγγαμους) _____

Μόνιμη Διεύθυνση κατοικίας _____

(η διεύθυνση στην οποία

θα επικοινωνεί μαζί σας

το Συμβούλιο)

Οδός _____

Δήμος/χωριό _____

T.K. _____

Πόλη _____

Αρ. Τηλεφώνου οικίας _____

εργασίας _____

κινητό _____

Ηλεκτ. Διεύθ. _____

Αριθμός εγγραφής στο Μητρώο Φυσιοθεραπευτών

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Διεύθυνση φυσιοθεραπευτηρίου

Οδός _____

Δήμος/χωριό _____

T.K. _____

Πόλη _____

Αρ. Τηλεφώνου _____

κινητό _____

Ηλεκτ. Διεύθ. _____

ΑΑ _____

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ

ΑΜ _____

Ημερομηνία παραλαβής αίτησης	
Τέλος Εγγραφής	
Ημερομηνία Εγγραφής	

Εγκρίνεται	Απορρίπτεται