

Φόρμα εγγραφής νέου μέλους

Όνοματεπώνυμο			
Ειδικότητα			
Διεύθυνση			
Πόλη		TK	
Ωράριο λειτουργίας			
Σταθερό τηλ. /φαξ		Κινητό τηλ.	
Νομός		Email	
Απλές οδηγίες για ανεύρεση του ιατρού			
Όνομα τράπεζας			
Διεύθυνση τράπεζας			
Swift (BIC) τράπεζας			
IBAN			
Αρ. Λογαριασμού			
Δικαιούχος Λογαριασμού			
Επιθυμητό user name			
<p>Παρακαλώ σφραγίστε με τη σφραγίδα σας στο κενό πλαίσιο (να είναι ευανάγνωστη) και υπογράψτε πάνω στη σφραγίδα. Θα χρησιμοποιείται ως ψηφιακή σφραγίδα στα medical report</p>			