

ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Για την πρόσληψη ενός (1) ιατρού ειδικότητας χρονικής διάρκειας
έξι (6) μηνών με δυνατότητα παράτασης άλλων έξι (6) μηνών, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής
υπηρεσιών για την Α.Ο.Μ. Σητείας του Γ.Ν. Λασιθίου

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

E-MAIL:

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:

Α) Δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμό πρωτοκόλλου 7208/9-10-2024 Πρόσκλησης
Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος της Α.Ο.Μ. Σητείας του Γ. Ν. Λασιθίου, και υποβάλω την πρότασή μου.

Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα.

Γ) Για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα
κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για
τον σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρότασή μου γίνει δεκτή.

Επισυνάπτονται:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

Συνημμένα... (αριθμόςσελίδων)

Ημερομηνία
ΟΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ

