

ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ (EBIR)

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ

.....

ΠΟΛΗ

Τ.Κ

ΤΗΛ ΚΙΝ

Ε-ΜΑΙ

ΠΡΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΩΝ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ &

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σας υποβάλλω πιστοποιητικά, σύμφωνα με την Γ5α/Γ.Π. οικ.64845/2018 Υπουργική Απόφαση, από τα οποία προκύπτει η εκπαίδευση μου στην εξειδίκευση της Επεμβατικής Ακτινολογίας, σύμφωνα με την οποία απέκτησα το Ευρωπαϊκό Δίπλωμα Επεμβατικής Ακτινολογίας EBIR και παρακαλώ για την αναγνώρισή του, προκειμένου να αποκτήσω τον αντίστοιχο τίτλο χωρίς εξετάσεις

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΑΘΗΝΑ:

Ο/Η ΑΙΤ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ