



ORMYLIA FOUNDATION
ART DIAGNOSIS CENTER

ΠΡΟΣ :
ΙΔΡΥΜΑ ΟΡΜΥΛΙΑ
ΟΡΜΥΛΙΑ, 63071
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ
ΤΗΛ. 2371 098400
FAX. 2371 098400

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

ΟΝΟΜΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΗΛ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (EMAIL)	
ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΝΤΑΙ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ	1. 2. 3.

Υποβάλω την πρότασή μου για την κάλυψη της θέσης

στο έργο με κωδικό

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- A) αποδέχομαι τους όρους της προκήρυξης εκδήλωσης ενδιαφέροντος
- B) διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα) και μπορώ να προσκομίσω αυτά χωρίς καθυστέρηση, εάν μου ζητηθεί
- Γ) δύναμαι να εκτελέσω το αιτούμενο έργο στο χρόνο που ορίζεται στην πρόσκληση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ