



**Φόρμα εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συμμετοχή στο Δίκτυο Παρατηρητών
Νοσηρότητας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Δίκτυο Sentinel) του ΕΟΔΥ**

Επιθυμώ να δηλώσω ενδιαφέρον για εθελοντική συμμετοχή στο Δίκτυο Παρατηρητών
Νοσηρότητας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Δίκτυο Sentinel) του ΕΟΔΥ

Στοιχεία ενδιαφερόμενου

Ονοματεπώνυμο	
Ειδικότητα	
Διεύθυνση Ιδιωτικού Ιατρείου	
Περιοχή	
Τ.Κ. Κώδικας	
Περιφερειακή Ενότητα	
Τηλέφωνο επικοινωνίας	
E-mail	