# Επιστημονικό Τμήμα

**ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΧΗΜΕΙΑΣ και ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΩΝ**

**Ένωση Ελλήνων Χημικών**

**Αίτηση Μέλους**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο** |  |
| **Ιδιότητα** |  |
| **Έτος κτήσεως πτυχίου** |  |
| **Αριθ. Μητρώου** |  |
| **Εταιρεία – φορέας** |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |
| **Τηλέφωνο εργασίας** |  |
| **Fax εργασίας** |  |
| **Τηλέφωνο οικίας** |  |
| **Κινητό τηλέφωνο** |  |
| **e-mail** |  |

**Σας δηλώνω ότι επιθυμώ να εγγραφώ στο Τμήμα Φαρμάκων, Φαρμακευτικής Χημείας και Καλλυντικών της Ένωσης Ελλήνων Χημικών.**

**Ημερομηνία - Υπογραφή**

Η αίτηση επιστρέφεται συμπληρωμένη είτε με **fax: 210 2103833597** είτε με **e-mail:** **info@eex.gr****.**