



**ΕΠΑΜΕΔΙ**

Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Παχυσαρκίας, του Μεταβολισμού και των Διαταραχών Διατροφής

---

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΝΕΟΥ ΜΕΛΟΥΣ**

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Ειδικότητα: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση Ιατρείου: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση Κατοικίας: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_ Φαξ: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Επιθυμώ να γίνω μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης της Παχυσαρκίας, του Μεταβολισμού και των Διαταραχών Διατροφής (ΕΠΑΜΕΔΙ).

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημ/νια: \_\_\_\_\_

Προτείνοντες: α) \_\_\_\_\_ β) \_\_\_\_\_

Ετήσια συνδρομή: 20 €