



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC UROLOGICAL ASSOCIATION

ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ Ε.Ο.Ε 2020

ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ “Α. Δεληβελιώτης”

ΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΟΝΟΜΑ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (οδός, τκ, πόλη) _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (σταθερό, κινητό) _____

E-mail ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ _____

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΑΛΛΟ _____

☐ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ☐ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ (τελευταίου έτους)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____

ΓΛΩΣΣΑ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ* _____

*αν έχετε ήδη αποφασίσει

Παρακαλούμε επισυνάψτε σύντομο βιογραφικό και συμπληρώστε τα ακόλουθα:

☐ Δηλώνω ότι δεν έχω λάβει υποτροφία της Ε.Ο.Ε στο παρελθόν, ούτε είμαι υπότροφος σε άλλο ίδρυμα της Ελλάδας ή του εξωτερικού

☐ Αποδέχομαι τους όρους συμμετοχής στις εξετάσεις της υποτροφίας