



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC UROLOGICAL ASSOCIATION

ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ Ε.Ο.Ε 2025

Υποτροφίες Ιδρύματος «C & P Sofianos»

ΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΟΝΟΜΑ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (οδός, τκ, πόλη) _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (σταθερό, κινητό) _____

E-mail ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ _____

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΑΛΛΟ _____

ΕΤΟΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____

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 των υποτροφιών