Σύνδεσμος Ιατροφυσικής και Βιο-Ιατρικής Μηχανικής Κύπρου. Τ.Κ. 24039, 1700 Λευκωσία, ΚΥΠΡΟΣ

Cyprus Association of Medical Physics and Biomedical Engineering. P.O. Box 24039, 1700 Nicosia, CYPRUS

COMPANY MEMBERSHIP APPLICATION FORM
ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΟΥΣ

Name of Company Director/Όνομα Διευθυντή

Title / Τίτλος : Dr/Mr/Mrs/Miss/Ms Surname / Επώνυμο Name / Όνομα

Name of Company Liaison Officer with the Association/Όνομα συνδέσμου Εταιρείας με το CAMPBE

(if different from the Company Director/Αν διαφορετικό από το Διευθυντή της Εταιρείας)

Title / Τίτλος : Dr/Mr/Mrs/Miss/Ms Surname / Επώνυμο Name / Όνομα

Address/Διεύθυνση

Tel/Τηλ :	
Fax/Φαξ :	
e-mail :	

Company Activities/Δραστηριότητες Εταιρείας

Signature of Applicant/Υπογραφή Αιτητού :	Date/Ημερομηνία :

Sponsored by/Υποστηρίζεται από :

Name/Όνομα :		Name/Όνομα :	
Signature/Υπογραφή :		Signature/Υπογραφή :	
Date/Ημερομηνία :		Date/Ημερομηνία :	

For Official Use/Για Επίσημη Χρήση

Date Received/Ημερομηνία Παραλαβής		Secretary's Initials/Αρχικά Γραμματέα	
Date Approved/Ημερομηνία Έγκρισης		Secretary's Initials/Αρχικά Γραμματέα	