



Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

Καρτεράδος Τ.Κ. 84700 Θήρα
Τηλ: 2286035300
Fax: 2286035459
email: info@santorini-hospital.gr



ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

ΠΡΟΣ: ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ

ΚΑΡΤΕΡΑΔΟΣ ΘΗΡΑΣ

Fax: 2286035459

Email: info@santorini-hospital.gr

Website: www.santorini-hospital.gr

ΕΠΩΝΥΜΟ.....
ΟΝΟΜΑ.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ/ΚΛΑΔΟΣ.....
ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ.....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....
ΤΜΗΜΑ.....
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ..... **ΚΟΙΝ:**

ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ..... (ΦΟΡΕΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ)
ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....
ΚΙΝΗΤΟ.....
E-MAIL.....

Σας καταθέτω αίτηση απόσπασης, σύμφωνα με την «ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ
ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΩΝΥΜΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ,
ΣΤΟΝ ΚΑΡΤΕΡΑΔΟ ΘΗΡΑΣ, ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 70, ΤΟΥ Ν. 4368/2016 και
παρακαλώ όπως εξετάσετε το αίτημα της απόσπασής μου από την Υπηρεσία που
υπηρετώ

.....,
ειδικότητα με βαθμό και ΜΚ
..... σε θέση ειδικότητας της
πρόσκλησης της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.

Αθήνα / / 2019 ,
Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ