

**Δήλωση πρόθεσης εμβολιασμού οδοντιάτρων**

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ:**\_\_\_\_\_

**ΑΜΚΑ** :\_\_\_\_\_

**Επώνυμο:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Όνομα:**\_\_\_\_\_

**Τηλέφωνο:**\_\_\_\_\_

**e-mail:**\_\_\_\_\_