

## **ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΟΡΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η \_\_\_\_\_ που  
έχω γεννηθεί στ\_ \_\_\_\_\_ στις \_\_\_\_\_ και διαμένω  
στην οδό \_\_\_\_\_, κάτοχος  
Α.Δ.Τ. \_\_\_\_\_, δηλώνω ότι αποδέχομαι ανεπιφύλακτα όλους τους όρους  
του παρόντος Καταστατικού της Ελληνικής Δερματολογικής & Αφροδισιολογικής  
Εταιρείας, προκειμένου να γίνω μέλος αυτής.

Με τιμή,

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_