



# Σύλλογος Φίλων Αστρονομίας Ανατολικής Μακεδονίας

Ανδριανουπόλεως 20, Ξάνθη, 67100  
τηλέφωνο : 6987008093  
www.astrosfam.org, info@astrosfam.org

## Αίτηση εγγραφής μέλους

Επώνυμο\* .....  
Όνομα\* .....  
Πατρώνυμο\* .....  
Αρ. ταυτότητας\* ..... Ημερομηνία γέννησης .....  
Διεύθυνση οικίας\* .....  
Περιοχή\* ..... Τ.Κ .....  
Τηλέφωνο\* .....  
Email\* .....

Συμπληρωματικές γνώσεις-σπουδές .....  
Επάγγελμα .....  
Εξοπλισμός αστρονομίας .....  
Σχόλια .....

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτηση μου για εγγραφή στον Σύλλογο Φίλων Αστρονομίας Ανατολικής Μακεδονίας. Με την αίτηση μου δηλώνω ότι αποδέχομαι του όρους του ισχύοντος καταστατικού του συλλόγου και τις αποφάσεις της γενικής συνέλευσης και του γενικού συμβουλίου. Επίσης επιτρέπω στον ΣΦΑΜ να τηρεί τα στοιχεία μου με ηλεκτρονικό τρόπο και να έχω πρόσβαση σε αυτά, σύμφωνα με τον νόμο.

.... / .... / 20...  
Ο / Η Αιτών / ούσα

.....  
(Ονοματεπώνυμο, Υπογραφή)

### Σημείωση:

Τα πεδία με αστεράκι είναι απαραίτητο να συμπληρωθούν.

Τα υποψήφια μέλη θα πρέπει να ταχυδρομήσουν την αίτηση ή να επικοινωνήσουν μαζί μας προκειμένου να μας παραδώσουν την αίτηση.