



GAKA

Professional Clubs

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Προσωπικά Στοιχεία

Όνομα

Επώνυμο

Διεύθυνση

Αριθμός

Πόλη

T.K.

Χώρα

Σχολείο

Έτος αποφοίτησης

Τηλέφωνο επικοινωνίας

Κινητό

E-mail

Επαγγελματικά Στοιχεία

Επάγγελμα

Επωνυμία / Διακριτικός τίτλος επιχείρησης

Θέση

Τηλέφωνο

Διεύθυνση

Αριθμός

Πόλη

T.K.

Χώρα

E-mail

Clubs (Επιλογή έως και 3)

1η επιλογή

2η επιλογή

3η επιλογή

Άλλη επιλογή

Έχω διαβάσει, κατανοήσει και αποδέχομαι πλήρως τον κανονισμό των Επαγγελματικών Clubs του ΣΑΚΑ

Ημερομηνία Αιτήσεως (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)

Παρακαλώ στείλτε την αίτηση με email στο info@saka.gr ή με fax στο 0030 210 6748845