**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**1η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ ΕΝΤΥΠΟ 1**

**E.Λ.Κ.Ε.Α. 1ης  Υ.ΠΕ.**

ΔΥ5γ/Γ.Π.οικ.75762/2005 ΚΥΑ Υπουργών Οικονομικών, Υγείας &

Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και Ανάπτυξης ΦΕΚ 1037/21-07-05

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΜΟΙΒΗΣ ΑΠΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ**

**ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ**

**ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ**: …………………………………………………………………………………………………

**Προς την Επιτροπή Ε.Λ.Κ.Ε.Α. της 1ης Υ.ΠΕ. Αττικής**

Παρακαλώ να αποδεχτείτε την οικονομική διαχείριση του Προγράμματος που θα διεξαχθεί ……………………..…… ……………………….*(τόπος)* από ……………… *έως ….*……………

|  |  |
| --- | --- |
| Τίτλος (στα ελληνικά): | |
| Τίτλος (στα αγγλικά): | |
| Φορέας Χρηματοδότησης: | |
| Συνολικός Προϋπολογισμός: | Διάρκεια (σε ημέρες): |
| Ημερομηνία Έναρξης: | Ημερομηνία λήξης: |

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο Συμβούλου: |  |
| Ιδιότητα/κλάδος: |  |
| Τμήμα: |  |
| ΑΦΜ/ΔΟΥ: |  |
| Φορέας Απασχόλησης: |  |
| Τηλ. κινητό: |  |
| e-mail: |  |

\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ο Εκπρόσωπος του Φορέα Διοργάνωσης** Υπογραφή