|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** **1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής****………………………………………………………***(Νοσοκομείο)* |  **Αθήνα:** **Αρ.πρωτ.:** |

 **ΠΡΟΣ**

**τη Διοίκηση του Νοσοκομείου**

**Παροχή άδειας και γνωστοποίηση συμμετοχής**

**σε Συμβουλευτική Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων**

Με το παρόν αιτούμαι παροχή άδειας για τη συμμετοχή μου στη Συμβουλευτική Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων με τίτλο ………………………………………………………………………………., η οποία θα διεξαχθεί …………………………………………………………………………………. *(τόπος/σημείο)* στις ……………………….. *(ημερομηνία και ώρα)* στο πλαίσιο της οποίας θα παραστώ ως Σύμβουλος.

Για την συμμετοχή μου αυτή πρόκειται να λάβω αμοιβή από την εταιρεία …………………………………………….. *(επωνυμία εταιρείας)* μέσω του οικονομικού διαχειριστή του Ειδικού Λογαριασμού Έρευνας και Ανάπτυξης (ΕΛΚΕΑ).

Σημειώνω ότι την συγκεκριμένη ημερομηνία δεν έχω εφημεριακή υποχρέωση\* ούτε οποιαδήποτε άλλη υποχρέωση έναντι του νοσοκομείου.

**(υπογραφή και σφραγίδα ιατρού ΕΣΥ)**

**\*εξαιρούνται οι Συντονιστές Διευθυντές/τριες**