

**ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΑΙΩΝ**  
**CYPRUS NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION**

Ταγματάρχου Πουλίου , 1  
 Διαμ. 101 , 1101  
 Λευκωσία , Τ. Θ. 24015  
 Κύπρος  
 Τηλ : + 357 22 771994  
 Φαξ : +357 22 771989

Email: [cy.n.a@cytanet.com.cy](mailto:cy.n.a@cytanet.com.cy)  
<http://www.cyna.org>



1, Tagmatarchou Poulίου street  
 Appart. 101 , 1101  
 Nicosia , P.O. Box 24015  
 Cyprus  
 Tel : + 357 22 771994  
 Fax : + 357 22 771989

Email: [cy.n.a@cytanet.com.cy](mailto:cy.n.a@cytanet.com.cy)  
<http://www.cyna.org>

**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΕΞΟΔΩΝ ΜΕΛΟΥΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ή  
 ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΜΑΙΩΝ/ ΜΑΙΕΥΤΩΝ ή ΤΟΜΕΩΝ ΠΑΣΥΝΜ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ  
 ΣΕ ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ**

Παρέλαβα από τον Ταμία του ΠΑΣΥΝΜ το ποσό των ..... Ευρώ για κάλυψη των εξόδων όπως φαίνεται αναλυτικά πιο κάτω:

ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗ, ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΩΜΑ, ΧΩΡΑ/ΠΟΛΗ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ								
.....								
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	ΓΕΥΜΑΤΑ	ΟΔΟΠΟΡΙΚΑ				ΆΛΛΑ ΕΞΟΔΑ	
ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ			Πτήση	Τρένο/ Ταξί/ Λεωφορείο	Αυτοκίνητο	Στάθμευση	Ασφάλεια	Άλλα
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>								
							<b>ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ</b>	<b>.....ΕΥΡΩ</b>

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

.....

.....

.....

.....

**Το Έντυπο αυτό θα πρέπει να επιστραφεί κατάλληλα συμπληρωμένο στον Ταμία του Συνδέσμου, εντός 3 μηνών από την ημερομηνία Επίσημης Εκπροσώπησης, συνοδευόμενο με όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά και τη σχετική ανταπόκριση για σκοπούς δημοσίευσης.**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**Ημερομηνία:**..... **Υπογραφή:**.....

**Πληρώθηκε με Μετρητά/ Επιταγή/ Έμβασμα με αριθμό:**.....

**Υπογραφή Ταμία ΠΑΣΥΝΜ:**.....

**Ημερομηνία:**.....