|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Επώνυμο: | | Όνομα: | | Όνομα Πατρός: | | Όνομα Μητρός: | | Αρ. Ταυτότητας: | | Ημ/νία Γέν.: | | Τόπος Γέν.: | | Δ/νση κατοικίας:  ΤΚ: Πόλη: | | Τηλ.: | | e-mail: | |  | | Ημερομηνία: |   ΘΕΜΑ: ……………………………….  …………………………………………  ………………………………………… | Προς  Τη Γραμματεία του ΠΜΣ  **«Χειρουργικη Παχέος Εντέρου –Ορθού»** του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ………………………………………………...  ………………………………………………...  ………………………………………………...  ………………………………………………...  ………………………………………………...  ………………………………………………...  ………………………………………………...  ………………………………………………..  ………………………………………………...  ………………………………………………... |
|  | Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ |

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ   
*«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ - ΟΡΘΟΥ»***

**ΑΙΤΗΣΗ**