|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Επώνυμο:  |
| Όνομα:  |
| Όνομα Πατρός:  |
| Όνομα Μητρός: |
| Αρ. Ταυτότητας: |
| Ημ/νία Γέν.: |
| Τόπος Γέν.: |
| Δ/νση κατοικίας:ΤΚ: Πόλη: |
| Τηλ.: |
| e-mail: |
|  |
| Ημερομηνία: |

ΘΕΜΑ: ……………………………….…………………………………………………………………………………… | ΠροςΤη Γραμματεία του ΠΜΣ**«Χειρουργικη Παχέος Εντέρου –Ορθού»** του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ………………………………………………...………………………………………………...………………………………………………...………………………………………………...………………………………………………...………………………………………………...………………………………………………...………………………………………………..………………………………………………...………………………………………………... |
|  | Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ****ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ****ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ****«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ - ΟΡΘΟΥ»** | C:\Users\k_kalfountzos_new\Dropbox\DIAFORA\001. IATRIKI\logotipo\neo logotipo iatrikis\med_uth_GR jpg.jpg |

**ΑΙΤΗΣΗ**