|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 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**  **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**