



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
« Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης στη
Νεφρολογική Φροντίδα »



ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο: _____
Όνομα: _____
Όνομα Πατρός: _____
Όνομα Μητρός: _____
Αρ. Ταυτότητας: _____
Ημ/νία Έκδ. Ταυτότητας: _____
Αρχή Έκδ. Ταυτότητας: _____
Ημ/νία Γέν.: _____
Τόπος Γέν.: _____
ΔΟΥ: _____
ΑΦΜ: _____
Δ/νση κατοικίας: _____
ΤΚ: _____ Πόλη: _____
Τηλ.: _____
e-mail: _____

Ημερομηνία _____

Προς

Τη Γραμματεία του ΠΜΣ

**«Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης
στη Νεφρολογική Φροντίδα»** του

Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας.

Μετά την έκδοση των αποτελεσμάτων
επιλογής του ΠΜΣ, αποδέχομαι τη
θέση και παρακαλώ να με εγγράψετε
στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών
Σπουδών.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ