

ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"
Αριθμ. Πρωτ.....
Ελήφθη την.....

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ.....
ΟΝΟΜΑ.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ.....
ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ.....
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....
.....
Τ.Κ.
ΤΗΛ.
Α.Μ. ΑΣΘΕΝΗ (ΜΠΛΕ ΚΑΡΤΑ).....
.....

Προς το
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε :

- ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ
- ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ
- ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Το παραπάνω δικαιολογητικό θα το
χρησιμοποιήσω

Ο/Η αιτ.....

Θεσσαλονίκη,

(Υπογραφή)