

Αρ. Πρωτ:.....
Τρικαλα

ΠΡΟΣ
Το Διοικητικό Συμβούλιο
του Ιατρικού Συλλόγου Τρικάλων
Βύρωνος 17
42100 Τρίκαλα

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:

ΠΟΛΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΔΤ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΚ:

ΠΟΛΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΑΜΚΑ:

Email:

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε
πιστοποιητικό εγγραφής μου στον Ι.Σ.
Τρικάλων

.....

.....

.....

.....

.....

Ο/Η ΑΙΤ

ΤΡΙΚΑΛΑ