

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ  
Ν. Π. Δ. Δ.

Αρ. Πρωτ: .....

Τρίκαλα: .....

Προς το  
Διοικητικό Συμβούλιο  
του Ιατρικού Συλλόγου Τρικάλων  
Βύρωνος 17 Τρίκαλα

**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: .....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: .....

ΟΔΟΣ: .....

ΤΚ: .....

ΠΟΛΗ: .....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: .....

e-mail: .....

Τρίκαλα: .....

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε  
πιστοποιητικό εγγραφής μου στο  
Σύλλογο προκειμένου να μου  
χρησιμεύσει.....

.....  
.....  
.....

Ο/Η ΑΙΤ .....  
.....