

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
.....