

ΑΙΤΗΣΗ

Ο / Η

.....

του.....

Ιατρού

Κατοίκου Τρικάλων

Οδός:.....

ΤΚ.....

Τηλέφωνο:.....

Κινητό.....

E-mail:

Προς τον

ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Σας παρακαλώ να μου ανακαλέσετε την άδεια

λειτουργίας ιατρού

στην οδό

.....

όροφο

Τ.Κ

Ο Αιτών / Η Αιτούσα

Τρίκαλα,