



Πρόγραμμα Μετεκπαιδευτικής Πρακτικής Άσκησης

ΘΕΜΑ: Ενδοσκοπική Γυναικολογική Χειρουργική και Ουρογυναικολογία

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ο / Η _____ παρακαλώ
όπως με συμπεριλάβετε μεταξύ των υποψηφίων για το πρόγραμμα μετεκπαιδευτικής
πρακτικής άσκησης της Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ.

ΟΝΟΜΑ: _____

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΑΡ. ΤΑΥΤ.: _____ Α.Φ.Μ.: _____

ΔΟΥ: _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

___ / ___ / 2015 Ο/Η Αιτ _____
