



Σεμινάρια Μετεκπαιδευτικών Προγραμμάτων Πρακτικής Άσκησης

ΘΕΜΑΤΑ (Παρακαλούμε επιλέξτε το πρόγραμμα που σας ενδιαφέρει):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Χειρουργική | <input type="checkbox"/> Παιδιατρική Νευροχειρουργική | <input type="checkbox"/> Πλαστική Χειρουργική |
| <input type="checkbox"/> Γαστρεντερολογία | <input type="checkbox"/> Παιδιατρική Καρδιολογία | <input type="checkbox"/> Ογκολογία |
| <input type="checkbox"/> Ενδοσκοπική Γυναικολογική Χειρουργική και Ουρογυναικολογία | | |

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ο / Η _____ παρακαλώ
όπως με συμπεριλάβετε μεταξύ των υποψηφίων για το σεμινάριο μετεκπαιδευτικού
προγράμματος πρακτικής άσκησης της Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ.

ΟΝΟΜΑ: _____

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

ΗΛΙΚΙΑ: _____ ΑΡ. ΤΑΥΤ.: _____

Α.Φ.Μ.: _____ ΔΟΥ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ E-mail: _____

_____/_____/ 2013 Ο/Η Αιτ _____

(Υπογραφή)