

ΑΙΤΗΣΗ

Προς :

Τη Διοίκηση του
Πανεπιστημιακού Γενικού
Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
«ΑΧΕΠΑ»

Στοιχεία αιτούντος

Επώνυμο: _____

Όνομα : _____

Όνομα Πατρός : _____

Κατηγορία : _____

Κλάδος: _____

Βαθμός: _____

Τηλ.επικοινωνίας: _____

Ημερομηνία υποβολής :

Ο/Η Αιτ _____

(υπογραφή)