|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| *up_2017_logo_gr.jpg****Α Ι Τ Η Σ Η******ΕΠΩΝΥΜΟ:*** ***ΟΝΟΜΑ:*** ***ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:*** ***ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ:******ΤΗΛΕΦΩΝΟ:*** ***e-mail :*** ***Πάτρα,***  |

 | ***ΠΡΟΣ****: Γραμματεία Ιατρικού Τμήματος* *Πανεπιστημίου Πατρών****Ενταύθα****Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε βεβαίωση περάτωσης σπουδών στις 24 Ιουλίου 2025.****Ο/Η Αιτ…….*** |