|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | *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…….*** |