**ΠΡΟΣ:** ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:****ΟΝΟΜΑ** **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:** **ΙΔΙΟΤΗΤΑ:** Προπτυχιακός Φοιτητής**ΑΚΑΔ.** **ΕΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: 2023-2024****ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ:** **ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** **email:** **ΤΗΛ. (ΚΙΝΗΤΟ):**  | **ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΗΘΟΣΚΟΠΙΟΥ**Παρακαλώ, ως πρωτοετής φοιτητής του Τμήματος Ιατρικής, να μου χορηγηθεί δωρεάν στηθοσκόπιο.Υποβάλλω συνημμένα:* Υπεύθυνη Δήλωση
* Αντίγραφο εκκαθαριστικού οικ. έτους 2022

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ** |