**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** |