

Α Ι Τ Η Σ Η Ε Γ Γ Ρ Α Φ Η Σ

ΠΡΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΚΑΛΥΜΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: _____

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΣΕΚ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚ/ΑΣ: _____

EMAIL: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: _____

Παρακαλώ _____

Κάλυμνος ___ / ___ / _____

Ο/Η αιτ_____,