

Α Ι Τ Η Σ Η

ΠΡΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: _____

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΣΕΚ: _____

ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΚΑΛΥΜΝΟΥ

Παρακαλώ _____

Κάλυμνος ___ / ___ / _____

Ο/Η αιτ_____,