



**ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΡΑΚΗΣ** | **DEMOCRITUS
UNIVERSITY
OF THRACE**

Προς: την Γραμματεία
του Τμήματος Ιατρικής
της Σχολής Επιστημών Υγείας
του Δ.Π.Θ.

Αίτηση Εγγραφής Υποψήφιου Διδάκτορα

Επώνυμο:	
Όνομα:	
Πατρώνυμο:	
Πτυχίο:	Πανεπιστήμιο:
ΔΜΣ:	Πανεπιστήμιο:
Διεύθυνση κατοικίας:	Οδός: Αριθμ.: Τ.Κ.:
	Πόλη: Νομός:
Τηλέφωνα	Οικίας: Κινητό:
Τόπος γέννησης	
Ημερομηνία γέννησης	
e-mail:	

Παρακαλώ όπως δεχθείτε την εγγραφή μου ως υποψήφιου διδάκτορα στο Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης,

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

(Υπογραφή)