

## ΑΙΤΗΣΗ

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b>	<b>ΠΡΟΣ:</b> ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ Δ.Π.Θ.
<b>ΟΝΟΜΑ:</b>	Για το Π.Μ.Σ. «Ιατρική Απεικόνιση στην Οφθαλμολογία»
<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:</b>	Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση μου για συμμετοχή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Ιατρική Απεικόνιση στην Οφθαλμολογία»
<b>ΠΤΥΧΙΟ:</b>	
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:</b>	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ:</b>	Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ
<b>E-MAIL:</b>	(υπογραφή)