

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**Διεύθυνση: Περιοχή ΚΕΠΤΣΕ, Τ.Κ. 50200 ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑ**

**Τηλ.: 2461068050, -53**

**E-mail:** **mw@uowm.gr****, Iστοσελίδα: https://mw.uowm.gr/**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………..…….……………...****ΟΝΟΜΑ: …………………………….………………………………..****ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:…………….……………………………………****ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:………….……….…………………………….****ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ……………………………………………….****ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ……………………………..................****ΑΡ. ΑΣΤ.ΤΑΥΤΟΤ./ΔΙΑΒΑΤ.:…………………………………….****ΑΜΚΑ: ………………………………………………………………….****ΑΦΜ: …………………………………………………………………….****Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: …………..…………………….…………………………………………….…****………………………………………………………………………………….……………………………….…………………………………………………****ΤΗΛΕΦΩΝΟ: …………..…..……………………………………………..****ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………………………………………………..****E-mail: ………………..……………………………..........................****ΘΕΜΑ: ………………………………………………………………****……………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………**  |  |  **ΠΡΟΣ:****ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ****ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**Σας παρακαλώ ………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………Συνοδευτικά σας υποβάλλω:1. ……………………………………………………………………………….…....
2. ……………………………………………………………………………………..
3. …………………………………………………………………………………….

 **Πτολεμαΐδα, ….../….../…. 20………….****Ο/Η Αιτ…………** **(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)**  |