



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Ιατρικός Σύλλογος Ρόδου



Ρόδος
Αριθμός πρωτοκόλλου:.....

ΑΙΤΗΣΗ

Συμμετοχή στο πρόγραμμα "Προαγωγή Υγείας στα Δωδεκάνησα της "ΑΜΚΕ Γαληνός" (Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου) σε συνεργασία με τον ΙΣΡ

ΟΝΟΜΑ: _____

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: _____

Α.Μ. Ι.Σ.Ρ: _____

Α.Μ.Κ.Α: _____

Α.Φ.Μ: _____

ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ (ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ):

Παρακαλώ όπως με συμπεριλάβετε στο πρόγραμμα "ΠΡΩΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ" για παροχή ΠΦΥ σε νησιά της Δωδεκανήσου για το έτος 2016, που διοργανώνει η "ΑΜΚΕ Γαληνός" Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου σε συνεργασία με τον Ι.Σ.Ρ

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Υπογραφή / Ονοματεπώνυμο)

1

Συνημμένα: Φωτοαντίγραφο IBAN βιβλιαρίου Τράπεζας Πειραιώς.

