

ΑΙΤΗΣΗ

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