**ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΛΑΡΙΣΑΣ**

ΔΗΜΗΤΡΑΣ 14 - Τηλ. 2410 620393

**ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΛΟΥΣ**

Παρακαλώ να με εγγράψετε μέλος του Συλλόγου, αφού υποβλήθηκα κι εγώ σε αντικαρκινική θεραπεία.

Η θεραπεία έγινε στο/στα Νοσοκομείο/α …………………...…………………………………………….

…………………………………………………...…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………...………..

από τον/τους γιατρό/ούς (γράψτε και ειδικότητα) ……………...…………………………………………

…………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………….………… στις ………….………….………… 201………

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (όπως αναφέρονται στο Δελτίο Ταυτότητας):

Όνομα ……………………………………………….……………

Επώνυμο ..………………………………………….……………..

Όνομα Πατέρα ………………………………………..………….

Όνομα Μητέρας ………………………………………………….

Έτος Γέννησης ………………………………………….………..

Επάγγελμα ………………………………………………………..

Τηλέφωνο Οικίας ………………………………………….………

Κινητό ……………………………………………….…………….

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός ……………………………………………………………… Αριθμός ………...

Συνοικία ……………………………….………………………….

Ταχ. Κώδικας …………………….………………………………..

Πόλη \ Χωριό …………………………..………………………….

Ημερομηνία …………………………… 201.….

Ο/Η αιτών/ούσα

Δικαιολογητικά:

1. 2 Φωτογραφίες Ταυτότητας

2. Φωτοτυπία Ιατρικής Γνωμάτευσης

3. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας