

## 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