

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

