|  |  |
| --- | --- |
| *C:\Users\lazaros\Pictures\TEILOGO_new.jpg* ***ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΜΠΟΡΙΟΥ*** | Αρ. Πρωτ. …….………………………….  Ημερομηνία ……………………………...  Σελίδες 1 από 1 |
|  | ***Προς : Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ***  ***ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΜΠΟΡΙΟΥ*** |
| ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ | |
| ***Επώνυμο : ……………………………………….***  ***΄Ονομα : …………………………………………***  ***Πατρώνυμο : ……………………………………***  ***Μητρώνυμο : ……………………………………***  ***Τμήμα : …………………………………………***  ***…………………………………………………..***  ***Αριθ. Ειδ. Μητρώου : …………………………...***  ***Αρ. Δ.Τ. ή Διαβατηρίου: ………………………..***  ***Δ/νση κατοικίας : ………………………………..***  ***……………………………………………………***  ***Αριθ.: ……………………..Τ.Κ. ………………..***  ***Πόλη : ……………………………………………***  ***Τηλέφωνο : ………………………………………***  ***Κινητό τηλ.: ……………………………………..***  ***e-mail : …………………………………………..*** | ***Σας υποβάλλω τα απαραίτητα δικαιολογητικά και παρακαλώ να φροντίσετε για την χορήγηση βιβλιαρίου υγείας.***  ***ΚΑΣΤΟΡΙΑ …………………..20….***  ***Ο/Η Αιτ………….***  ***………………………………….***  ***(Υπογραφή)***  ***Συνημμένα Υποβάλλω :***   1. ***Δύο φωτογραφίες*** 2. ***Βεβαίωση από τον ασφαλιστικό οργανισμό του πατέρα που να βεβαιώνει ότι διακόπτεται η ασφάλιση του σπουδαστή -στριας ή ότι δεν καλύπτεται ασφαλιστικά από τον οργανισμό*** 3. ***Δήλωση του Ν. 1599/86 για το ότι δεν καλύπτονται από άλλο ασφαλιστικό οργανισμό*** 4. ***Βεβαίωση σπουδών*** |

Κωδ. ΑσΜ2