|  |  |
| --- | --- |
| *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