|  |  |
| --- | --- |
| ***C:\Users\lazaros\Pictures\TEILOGO_new.jpg*** | Αρ. Πρωτ. …….………………………….  Ημερομηνία ……………………………...  Σελίδες 1 από 1 |
|  | ***Προς : Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ***  ***ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΜΠΟΡΙΟΥ*** |
| ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΕΞΟΔΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ | |
| ***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 παρακαλώ να μου καταβάλετε το ποσό που δικαιούμαι σύμφωνα με τα Π.Δ. 157/30-4-91 και 98/2-4-93 για έξοδα (\*):………………………………………….. ……………………………………………………………... ……………………………………………………………..***  ***ΚΑΣΤΟΡΙΑ …………………..20….***  ***Ο/Η Αιτ………….***  ***………………………………….***  ***(Υπογραφή)***  ***(\*)* Σημειώστε αν πρόκειται για έξοδα αγοράς γυαλιών, φακών επαφής, φαρμάκων, οδοντοθεραπείας ή επιδόματος τοκετού**  ***Συνημμένα Υποβάλλω :***   1. ………………………………………………………… 2. ………………………………………………………… 3. ………………………………………………………… 4. ………………………………………………………… 5. …………………………………………………………. |

Κωδ. ΑσΜ22