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