



Γενικό
Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Σ. Ε. Ν. Π.
Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου
Ν. Ευκαρπία - Τ.Κ. 56403
περιφ. οδός Θεσ/νίκης
τηλ.: +30 2310 693000
τηλ. & fax: +30 2313 323801

Αρ. Πρωτ.:

Θεσσαλονίκη

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

Σ. Ε. Ν. Π.

Του/Της

.....

Όνομα Πατρός :

Δ.Α.Τ. ή Α.Μ.-Νοσ. :

.....

Δ/ση Κατοικίας:

.....

Πόλη :

Ταχ. Κωδ.:

Τηλ. :

Ειδικ. Υπαλ.:

Τηλ. Τμήματος :

Με τη παρούσα αιτούμαι - δηλώνω, όπως προβλέπεται με την υπ' αριθμ. 7659/00 απόφαση του Μ/λούς Πρωτοδικείου Θεσ/νίκης και με αριθμ. τροπ. 6649/06 Βιβλίου αγνωρισμένων Σωματείων του Πρωτοδικείου Θεσ/νίκης, να εγγραφώ στο μητρώο μέλους του Σ.Ε.Ν.Π. με μηνιαία συνδρομή 2 € (δύο ευρώ). Το ποσό κρατείται από τη μισθοδοσία μηνός σε 2 (δύο) περιόδους κατ' έτος, ήτοι ανά 6μηνο.

Θεσσαλονίκη

Ο/Η Αιτών/ούσα

.....