

Α Ι Τ Η Σ Η

του/της

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Όνομα Πατρός: _____

Ειδικότητα: _____

Δ/νση κατοικίας: _____

Τ.Κ., Πόλη: _____

Αρ. Αστ. Ταυτότητας: _____

Ημερ. Έκδοσης: _____

Εκδούσα Αρχή: _____

Α.Φ.Μ. _____

Τηλ.: _____

ΠΡΟΣ**Το Τμήμα Λογιστηρίου - Μισθοδοσίας****Της Οικονομικής Υπηρεσίας****Του Γενικού Νοσοκομείου "Παπαγεωργίου"**

Περιφερειακή Οδός Θεσ/νίκης

Τηλ. 2313 323 991

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε τις αποδείξεις μισθοδοσίας μου των μηνών **Απριλίου, Ιουλίου και Δεκεμβρίου** εκάστου έτους, από το **2012** έως και το **2018**. Ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/-ΟΥΣΑ

Θεσσαλονίκη, _____ 2019