**ΠΡΟΣ**

**Το Διοικητικό Συμβούλιο Συλλόγου Αποφοίτων Τμήματος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**

**email: alumnimed@uth.gr ahzibis@gmail.com**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………………………………………………….…

ΟΝΟΜΑ:……………………….……………………………………………………………….

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…………………………………………………………………………….…..

ΗΜ/ΝΙΑ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ:………………………………………………………………….…

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:………………………………………………………………………….………

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:…………………………………………………………………..…

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:…………………………………………………………………….….

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:………………………………………………………….………..

email: …………………………………………………………………………….……….…..

Παρακαλώ να με εγγράψετε ως μέλος του Συλλόγου Αποφοίτων του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Δηλώνω ότι αποδέχομαι τους όρους του καταστατικού και τους σκοπούς του Συλλόγου και ότι θα είμαι συνεπής στις αντίστοιχες υποχρεώσεις μου.

Ως ετήσια συνδρομή ορίζονται τα 20 ευρώ.

Λάρισα, ………………….

Ο/Η αιτών/-ούσα

(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

………………………………….