|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** |  | **Προς την Διεύθυνση του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας** |
|  |  |  |
| **Του/Της** |  | **Παρακαλώ** |
| **Επώνυμο:**  |  |  |
| **Όνομα:**  |  |  |
| **Όνομα πατρός:**  |  |  |
| **Κλάδος:**  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Καβάλα, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_** |  | **Ο/Η Αιτ\_\_\_\_\_\_\_** |