

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«**ΦΥΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ»**

Αριθ. Πρωτοκ.:………………………..

**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Επώνυμο: |  | |
| Όνομα : |  | |
| Πατρώνυμο: |  | |
| Α.Δ.Τ.: |  | |
| Δ/νση κατοικίας |  | |
| Οδός: |  | |
| Τ.Κ.: | Πόλη: |  |
| Τηλέφωνο: |  | |
| E-mail: |  | |
| Λάρισα, / / 202… | | |

**ΠΡΟΣ:**

Τη Γραμματεία του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Π.Μ.Σ):

**«Φυσικές Αρχές Βιοϊατρικής Απεικόνισης και Ακτινοπροστασία»**

Παρακαλώ όπως

Ο/Η Αιτών/-ούσα