

“Αίτηση χορήγησης άδειας αιμοδοσίας”

ΠΡΟΣ

Τ... Διευθυντ... τ.....

..... Γρεβενών

A. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός:.....

ΑΦΜ:.....

Ειδικότητα:.....

Δ/νση κατοικίας.....

Τ.Κ.....

Πόλη

Τηλ.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αιμοδοτική άδεια

από/...../20..... έως/...../ 20..... λόγω

αιμοδοσίας στις/...../ 20.....

Επισυνάπτω:

- Βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία.

B. ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Αναπληρωτής πλήρους
απασχόλησης

Ωρομίσθιος

Γρεβενά,.....

.....ΑΙΤ.....

.....