

“Αίτηση χορήγησης άδειας για μετάγγιση αίματος”

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 άδεια για μετάγγιση
αίματος από/...../20..... μέχρι/...../ 20.....

Αναφέρω ότι θα προσκομίσω βεβαίωση από το
Νοσοκομείο.

B. ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Αναπληρωτής πλήρους
απασχόλησης

Ωρομίσθιος

Γρεβενά,.....

.....ΑΙΤ.....

.....