**Γραμματεία Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Ημερομηνία............................**

**στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας**

Τ.Θ. 141 Θεσσαλονίκη 57400 **Αριθ. Πρωτ. ............................**

e-mail: [dpms@health-master.gr](mailto:dpms@health-master.gr)

Τηλ: 2310013814

**Αίτηση Εισαγωγής στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών   
στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας**

**Ακαδημαϊκό Έτος 2020-21**

**Προσωπικά Στοιχεία**

**Επώνυμο:**.................................................

**Όνομα:**.......................................................

**Πατρώνυμο:**...........................................

**Αριθμός Δ/Τ**: ..........................................

**Διεύθυνση Μόνιμης Κατοικίας**

**Οδός:** .........................................................

**Αριθμός:** ..................................................

**Τ.Κ.:** ............................................................

**Πόλη**: ..........................................................

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

**Τηλέφωνο:** .............................................

**Κινητό:** .....................................................

**e-mail:** ......................................................

**Προς**

**Τη Γραμματεία του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας.**

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτηση υποψηφιότητάς μου στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας»

για το χειμερινό εξάμηνο 2020-2021.

Ημερομηνία ………/………/2020

Ο αιτών / Η αιτούσα (Ονοματεπώνυμο)