**ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«Θεραπευτικές επιλογές και διαχείριση επειγουσών αγγειοχειρουργικών παθήσεων»**

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ**

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Υ.Π./Α.Σ. ΤΟΥ ΠΜΣ «Θεραπευτικές επιλογές και διαχείριση επειγουσών αγγειοχειρουργικών παθήσεων»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………………………………………………………………………….....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…………………………………………………………………………………………………………………….....

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ:…………………………………………………………………………………………………………………….....

Τηλέφωνο/Κινητό:……………………………………………………………………………………………………………......

email………………….…………………………………………………………………………………………………………….......

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ ΣΑΣ

|  |
| --- |
|  |

Δηλώνω ότι συναινώ στη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων από τον Υπεύθυνο του ΠΜΣ «Θεραπευτικές επιλογές και διαχείριση επειγουσών αγγειοχειρουργικών παθήσεων» με σκοπό την επεξεργασία της παρούσας διαμαρτυρίας μου.

Θεσσαλονίκη …………………………

Ο/Η ΑΙΤ……..………

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΚΡΙΒΗ Η ΔΗΛΩΣΗ ΣΑΣ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ