

ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝ/ΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ταχυδρομική Δ/νση
6^ο χλμ. Αλεξ/πολης-Μάκρης 68100 Αλεξ/πολη
Τηλ. 2551030946-30931
Ηλεκτρονικό πρωτ: protocol@med.duth.gr

Επώνυμο:
Όνομα:
Πατρώνυμο:
Διεύθυνση κατοικίας:
.....
Αριθμός:
Ταχ.Κώδικας:.....
Πόλη:.....
Τηλέφωνο:
Κινητό:.....
E-mail:

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ:

Την Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής του
Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης.

Σας παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση
συμμετοχής μου στις κατατακτήριες εξετάσεις
έτους 2023- 2024.

Υποβάλλω συνημμένα:

1. Αντίγραφο πτυχίου ή πιστοποιητικού περάτωσης σπουδών
2. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.

Ο/Η Αιτών/ουσα