

Α Ι Τ Η Σ Η

Όνομα:.....

Επώνυμο:.....

Όνομα πατρός:.....

Όνομα συζύγου:.....

Δ/ση κατοικίας:.....

.....

ΤΚ: [][][][] [][][]

Αρ. ταυτοτ. [][][][][][][][][][]

Τηλέφωνο 2[][][][][][][][][][][][]

“Χορήγηση πιστοποιητικού νοσηλείας”

Καβάλα..... --20.....

ΠΡΟΣ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΒΑΛΑΣ

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε
πιστοποιητικό νοσηλείας μου.

Νοσηλεύτηκα.....

.....

θα το χρησιμοποιήσω.....

.....

.....

.....ΔΙΤ.....