

| Στοιχεία ασθενούς/ συνοδού                     |            |
|--|------------|
| Ημ/νία:  | Αρ. πρωτ.: |
| ΟΝΟΜΑ:   | ΕΠΩΝΥΜΟ:   |
| Διεύθυνση:                                     | Τηλέφωνο:  |
| ΠΟΛΗ/Τ.Κ.                                      | E-MAIL:    |
| ΚΛΙΝΙΚΗ /ΤΜΗΜΑ                                 |            |
| <b>ΚΕΙΜΕΝΟ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟΥ/ΘΕΤΙΚΗΣ ΕΝΤΥΠΩΣΗΣ</b> |            |
|  |            |
| <b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>                                |            |
|  |            |