



Ημερομηνία.....

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΤΟΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ
ΛΟΓΟΠΕΔΙΚΩΝ – ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ (Π.Σ.Λ.)**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η

ΟΝΟΜΑ (πεζά) :.....

ΕΠΩΝΥΜΟ (πεζά):.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ :.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣ (πεζά) ΑΡΙΘΜΟΣ.....

ΠΟΛΗ (ΠΕΡΙΟΧΗ).....

ΝΟΜΟΣ..... ΤΚ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:..... FAX..... ΚΙΝΗΤΟ:.....

EMAIL:(απαραίτητο)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:.....

ΑΡ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι φοιτητής/ τρια στο Έτοςτου τμήματος Λογοθεραπείας
του

Επιθυμώ την ενημέρωσή μου (μέσω email) για τις δραστηριότητες του Π.Σ.Λ. ΝΑΙ.....

ΟΧΙ.....

Ο/Η Αιτών/ούσα (ονοματεπώνυμο)

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....