**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**………………………………..

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………....

**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**………………………

**ΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ:**………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** ……………………………

**Α.Μ.:** ……………………………………….

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

**Δ/νση κατοικίας:**………………………….

...…………………………………………….

**Πόλη:…**…………………………………….

**Τηλ:**…………………………………………

**e-mail:**…………………………………………..

**Ημερομηνία:**……/……/……..

**Θέμα: Χορήγηση ειδικής άδειας αιμοδοσίας**

**Συνημμένα**

1. Βεβαίωση του νοσηλευτικού ιδρύματος

στο οποίο πραγματοποιήθηκε η αιμοληψία.

1. ………………………………………………

**Ε.Κ. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

**ΑΡ. ΠΡΩΤ.**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

**Φ**

**ΠΡΟΣ**

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ**

**Παρακαλώ μου χορηγήσετε ειδική άδεια αιμοδοσίας** διάρκειας ..………….( ) ημερ…..,

από ..…. / …. / …… μέχρι και …. / …. / …… ……………............................................................

…………………………………………………………………………………………………………

**Ο/Η Αιτών/Αιτούσα**

……………………………………..