# **Α Ι Τ Η Σ Η**

|  |
| --- |
| Επώνυμο:  |
| Όνομα:  |
| Όνομα Πατρός:  |
| Όνομα Μητρός: |
| Αρ. Ταυτότητας: |
| Ημ/νία Έκδ. Ταυτότητας: |
| Αρχή Έκδ. Ταυτότητας: |
| Ημ/νία Γέν.: |
| Τόπος Γέν.: |
| ΔΟY: |
| ΑΦΜ: |
| Δ/νση κατοικίας:ΤΚ: Πόλη: |
| Τηλ σταθερό :Τηλ κινητό: |
| e-mail: |
|  |
| Ημερομηνία |

**\***Με την αίτηση εγγραφής προσκομίζετε και το πρωτότυπο καταθετήριο των διδάκτρων:

ΤΡΑΠΕΖΑ **ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΙΒΑΝ :**GR 7401713890006389143295253**

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΝΑ ΑΝΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ: το ονοματεπώνυμο του φοιτητή, ο κωδικός του ΜΠΣ **……** (750€)

**Προς: Τη Γραμματεία του ΠΜΣ «Βιοϊατρικές Μέθοδοι και Τεχνολογία στη Διάγνωση» του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.**

Μετά την έκδοση των αποτελεσμάτων επιλογής του ΠΜΣ, αποδέχομαι τη θέση και παρακαλώ να με εγγράψετε στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών.

Επίσης, δηλώνω ότι έλαβα γνώση του Ωρολογίου Προγράμματος του Α’ εξαμήνου (ακαδημαϊκού έτους 2018/2019) και μπορώ να ανταποκριθώ στις υποχρεώσεις του προγράμματος.

 Πρόσθετα επιθυμώ το παραστατικό καταβολής διδάκτρων να είναι (κυκλώστε την επιλογή σας):

1. Γραμμάτιο Είσπραξης (σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στοιχεία μου)

2. Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών (Εάν πρόκειται για Νομικό Πρόσωπο ή Επιτηδευματία) . Αναφέρετε την επωνυμία της  Εταιρείας  , το ΑΦΜ της Εταιρείας και  τι ύψος θα καταλάβει η Εταιρεία .και τι ύψος εσείς οι ίδιοι.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

# Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ