



Ημερίδα Φοιτητών Νοσηλευτικής  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο  
Αλεξανδρούπολης



**ΦΟΡΜΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ**

ΟΝΟΜΑ		
ΕΠΩΝΥΜΟ		
ΣΧΟΛΗ		
ΕΞΑΜΗΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ		
ΘΕΛΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ	ΜΕ ΦΥΣΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ <input type="checkbox"/>	ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΑ <input type="checkbox"/>
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ		
E mail		