|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο : ………………………. Όνομα : ………………………. Όνομα Πατρός : ………………… Ημερ. Γέννησης : ………………. Διεύθυνση : ……………………ΑΜΚΑ : ………………………... Τηλ. : ……………………………Email : …………………………..Σέρρες …………………………… | **Προς****Κέντρο Πρόληψης Νοσημάτων Δήμου Σερρών**Παρακαλώ για την εγγραφή μου στο Κέντρο Πρόληψης Νοσημάτων. Δέχομαι να γίνει επεξεργασία των προσω­πικών μου δεδομένων.Ο/ΗΑΙΤ…. |