

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»**

**MSc in Health and Social Care Management**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:** |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** |  |
| **ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ:** |  |
| **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ):** |  |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ:** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** |  |
| **email:** |  |

**Δηλώνω την πρόθεση μου να συμμετάσχω στο ΠΜΣ: «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» για το ακαδημαϊκού έτους 2018-2019.**

**Αθήνα …………/………./2018**

## Ο/Η Αιτών/ούσα

**……………………..**