|  |  |
| --- | --- |
| 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/Η  ΑΙΤ…. |