

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

***‘άλας υγείας’***

**ΕΠΩΝΥΜΟ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΟΝΟΜΑ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΚΙΝΗΤΟ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΕMAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ημερομηνία:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ο αιτών /Η αιτούσα