

ΤΜΗΜΑ:.....

## Γ Ν Ω Μ Α Τ Ε Υ Σ Η

..... υπογεγραμμέν ..... Γιατρός .....

γνωματεύω ότι ..... ασθενής .....

ασφα ..... πάσχ ..... από .....

..... χρειάζεται .....

.....

.....

.....

.....

Η παρούσα χορηγείται για .....

.....

*Θεωρήθηκε*

Το Γνήσιο της Υπογραφής

Θεσσαλονίκη...../...../20.....

Ο/Η ΓΙΑΤΡΟΣ

Ο ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

.....