

|  |
| --- |
| **ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΔΩΡΕΑΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ (TEST PAP)** |
| **Επίθετο:** |  |
| **Όνομα:** |  |
| **Α.Μ.Κ.Α.:** |  |
| **Ημ/νία γέννησης:** |  |
| **Τόπος γέννησης:** |  |
| **Δ/νση κατοικίας:** |  |
| **Τηλ. Επικοινωνίας:** |  |
| **Ε-mail :** |  |

***Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που καταθέτω είναι αληθή και συναινώ να καταχωρηθούν στο Πληροφοριακό Σύστημα του Κέντρου Κοινότητας και να χρησιμοποιηθούν για οποιαδήποτε ενέργεια ή δράση κριθεί απαραίτητο.***

 **Ημερομηνία Υπογραφή**

