

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΕΠΩΝΥΜΟ-----

ΟΝΟΜΑ-----

ΟΝΟΜΑ & ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΡΟΣ-----

ΟΝΟΜΑ & ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΡΟΣ-----

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ-----

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ-----

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ-----

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ-----

ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ-----

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ / ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ-----

ΤΗΛΕΦΩΝΟ-----

EMAIL-----

Με την κατάθεση της αίτησης, δηλώνω ότι παρέχω με πλήρη επίγνωση και βασιζόμενος στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη βούλησή μου, **τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία αποκλειστικά για τον ανωτέρω σκοπό** όλων των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Γνωρίζω δε τα δικαιώματά μου περί ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε σχέση με τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, καθώς και ανάκλησης της παρούσας συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ----- ΥΠΟΓΡΑΦΗ -----

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ geriatric.oncology.2004@gmail.com