ΠΡΟΣ

Νοσοκομείο Καστοριάς

Ημ/νια …… /…… / 2020

**ΚΕΙΜΕΝΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

Εγώ ο/η ………………………………………………………..………….. δηλώνω ότι παρέχω την συγκατάθεση μου να δημοσιοποιηθεί το όνομα και τα στοιχεία της δωρεάς μου προς το Νοσοκομείο Καστοριάς, στο site του νοσοκομείου και τα τοπικά μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Υπογραφή