**ΦΟΡΜΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

Σας ενημερώνω ότι εκδηλώνω το ενδιαφέρον μου για παροχή υπηρεσιών μυοκτονίας σε μηνιαία βάση στο κτίριο του Παραρτήματος Βιβλιοθήκης Σύρου καθ’ όλη την διάρκεια του έτους 2020.

Τα στοιχεία επικοινωνίας μου είναι τα παρακάτω:

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ |  |
| Α.Φ.Μ. |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ (κινητό ή σταθερό) |  |
| ΦΑΞ |  |
| e-mail |  |