**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ**

**ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ ΕΠΙΣΤΟΛΗ**

**ΠΡΟΣ :**

**Ημερομηνία**

**Ονοματεπώνυμο**