

**Δελτίο Εγγραφής**

Παρακαλούμε να συμπληρωθεί και να **σταλεί με email** στo [vfelekou@free-spirit.gr](mailto:vfelekou@free-spirit.gr)

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο** |  |
| **Ειδικότητα** |  |
| **Φορέας/Εργοδότης** |  |
| **E-mail** |  |
| **Τηλέφωνο** |  |
| **Ημερομηνία** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Εγγραφές Συνεδρίου** | | |
| ☐ | Ειδικευμένοι Ιατροί | 200,00 € |
| ☐ | Ειδικευόμενοι Ιατροί | 50,00 € |
| ☐ | Λοιποί Επαγγελματίες Υγείας & Φοιτητές | ΔΩΡΕΑΝ |

**Επιλέξτε με** ☒ **τον τύπο εγγραφής**

*Στις προαναφερόμενες τιμές περιλαμβάνεται Φ.Π.Α. 24%*

*Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να αποστείλουν κατάλληλο έγγραφο το οποίο θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.*

Κατάθεση στο λογαριασμό:

TΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΑΡ. ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: 5072 045 459 852

IBAN: GR98 0172 0720 0050 7204 5459 852

SWIFT CODE: PIRBGRAA

Δικαιούχος: Ι. ΒΟΥΤΣΑΣ - Α. ΜΑΣΤΟΡΑΣ ΕΠΕ

**Τρόπος Πληρωμής**

**Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:**

* Παρακολούθηση του συνεδρίου
* Είσοδο στην έκθεση των φαρμακευτικών εταιριών
* Συνεδριακό υλικό
* Βεβαίωση παρακολούθησης
* Πιστοποιητικό παρακολούθησης με μόρια για τους γιατρούς (εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης)