

Δελτίο Εγγραφής

Παρακαλούμε να συμπληρωθεί το δελτίο εγγραφής και να σταλεί με fax (210 60 47 457) ή με e-mail: alebesi@free-spirit.gr, στη γραμματεία του Συνεδρίου που λειτουργεί από Δευτέρα - Παρασκευή και ώρα 09:00-17:00.

Όνοματεπώνυμο

Ειδικότητα

Διεύθυνση Εργασίας

Διεύθυνση Κατοικίας

Τηλέφωνο

E-Mail

Αριθμός Μητρώου Ιατρικού Συλλόγου

Ιατρικός Σύλλογος

Εγγραφή - Δικαίωμα Συμμετοχής*

	Α΄ Περίοδος 10/2016 - 21/11/2016	Β΄ Περίοδος 22/11/2016 - On Site
Μέλη Ε.Π.Ε.** - Ε.Ε.Π.Ε.	90,00 €	120,00 €
Ειδικευμένοι	110,00 €	140,00 €
Ειδικευόμενοι	50,00 €	60,00 €
Λοιποί επαγγελματίες υγείας (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλεύτες, Διατροφολόγοι κ.τ.λ.)	20,00 €	20,00 €
Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ	

*Στο κόστος κάθε πληρωμένης εγγραφής συμπεριλαμβάνεται η παρακολούθηση ενός Κλινικού Φροντιστηρίου της επιλογής του Συνέδρου. Ο μέγιστος αριθμός παρακολούθησης κάθε Κλινικού Φροντιστηρίου είναι 30 άτομα / φροντιστήριο. Για τη συμπλήρωση του παραπάνω αριθμού θα τηρηθεί αυστηρή προτεραιότητα βάσει του Δελτίου Εγγραφής. Από την παραπάνω ρύθμιση εξαιρούνται οι σύνεδροι της κατηγορίας «Λοιποί επαγγελματίες υγείας», οι οποίοι θα πρέπει να καταβάλουν επιπλέον το ποσό των 20,00 € για να παρακολουθήσουν το Κλινικό Φροντιστήριο της επιλογής τους.

**Οι παραπάνω τιμές αφορούν τα οικονομικώς τακτοποιημένα μέλη της Ε.Π.Ε.

Οι συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Συνεδρίου
- Έντυπο υλικό του Συνεδρίου
- Είσοδο στην έκθεση των φαρμακευτικών εταιριών
- Βεβαίωση και Πιστοποιητικό παρακολούθησης με μόρια εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης

Στις παραπάνω τιμές συμπεριλαμβάνεται ΦΠΑ 24%

Κλινικά Φροντιστήρια

Στο πλαίσιο του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθούν δέκα (10) Κλινικά Φροντιστήρια. Το κόστος εγγραφής ανά φροντιστήριο ανέρχεται στο ποσό των 40,00 € και ισχύουν όσα αναγράφονται στην παράγραφο «Εγγραφές». Η εγγραφή στο Συνέδριο αποτελεί προϋπόθεση παρακολούθησης του Φροντιστηρίου. Η Οργανωτική επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα ακύρωσης κάποιου φροντιστηρίου σε περίπτωση που δεν συμπληρωθεί ο απαιτούμενος αριθμός συμμετεχόντων.

Στις παραπάνω τιμές συμπεριλαμβάνεται ΦΠΑ 24%

Επιθυμώ να λάβω μέρος στο Φροντιστήριο:

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| 1 | ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ΥΠΕΡΧΟΓΡΑΦΙΑ | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ - ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ | <input type="checkbox"/> |

Τρόπος Πληρωμής

ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Αρ. Λογαριασμού: 5072 045 459 852
IBAN: GR98 0172 0720 0050 7204 5459 852
SWIFT CODE: PIRBGRAA
Δικαιούχος: Ι. Βουτσάς - Α. Μάστορας Ε.Π.Ε.

(Παρακαλώ όπως αποστείλετε μαζί με το δελτίο εγγραφής και το αποδεικτικό κατάθεσης).

Υπογραφή

Ημερομηνία