

Σάββατο 11 & Κυριακή 12 Φεβρουαρίου 2017

Ξενοδοχείο Divani Caravel Αθήνα

Δελτίο Εγγραφής

Παρακαλούμε πολύ να συμπληρωθεί το δελτίο εγγραφής και να σταλεί με fax
στη γραμματεία του Συνεδρίου που λειτουργεί καθημερινά 09:00 - 17:00

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΟΥ

Όνομα: _____ Επίθετο: _____

Ειδικότητα: _____

Διεύθυνση: _____ Τ.Κ.: _____

Πόλη: _____

Τηλέφωνο: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Τόπος Διαμονής (κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου): _____

Αριθμός Μητρώου: _____ Ιατρικός Σύλλογος: _____

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικευμένοι _____ 80,00 €

Ειδικευόμενοι _____ 60,00 €

Μαίες & Νοσηλευτικό Προσωπικό _____ 30,00 €

Φοιτητές/τριες, Σπουδαστές/στριες _____ Δωρεάν

Οι συμμετέχοντες που ανήκουν στην κατηγορία με δωρεάν δικαίωμα συμμετοχής είναι απαραίτητο
να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.

*Στην τιμή εγγραφής προστίθεται ΦΠΑ (24%) με την έκδοση αντίστοιχου παραστατικού

Το κόστος συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης με μόρια
- Παραλαβή του έντυπου υλικού του Συνεδρίου
- Συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις - Καφές στα διαλείμματα

Τρόπος πληρωμής: Κατάθεση στο λογαριασμό της Τράπεζας Πειραιώς

ΑΡ. ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: 5072 045 459 852

IBAN: GR98 0172 0720 0050 7204 5459 852

SWIFT CODE: PIRBGRAA

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ: Ι. ΒΟΥΤΣΑΣ - Α. ΜΑΣΤΟΡΑΣ Ε.Π.Ε.

*Παρακαλώ όπως αποστείλετε μαζί με το δελτίο εγγραφής και το αποδεικτικό κατάθεσης για δική σας διευκόλυνση