



Δελτίο Εγγραφής



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Αγράφων 3-5, 151 23 Μαρούσι, Τηλ: 210 52 12 000, Web Site: www.keelpno.gr

Παρακαλούμε να συμπληρωθεί το δελτίο εγγραφής και να σταλεί με fax (210 60 47 457) στη γραμματεία του Συνεδρίου που λειτουργεί από Δευτέρα-Παρασκευή και ώρα 09:00-17:00.

Ονοματεπώνυμο

Ειδικότητα

Διεύθυνση Εργασίας

Διεύθυνση Κατοικίας

Τηλέφωνο

Fax

E-mail

Αριθμός Μητρώου Ιατρικού Συλλόγου

Ιατρικός Σύλλογος

Εγγραφή - Δικαίωμα Συμμετοχής

Α' Περίοδος
Ιανουάριος 2012 - 25 Μαρτίου 2012

B' Περίοδος

On site

Επαγγελματίες Υγείας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

€ 50

€ 70

Ειδικευόμενοι/Μεταπτυχιακοί Φοιτητές

€ 30

€ 40

Φοιτητές

€ 20

€ 30

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

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Συνεδρίου (Εκτός από τα εκπαιδευτικά Φροντιστήρια)
- Έντυπο υλικό του Συνεδρίου
- Πιστοποιητικό Παρακολούθησης με μόρια
- Συμμετοχή στις Κοινωνικές Εκδηλώσεις

Σε κάθε εγγραφή προστίθεται ΦΠΑ 23% με την έκδοση νόμιμου παραστατικού.

Εκπαιδευτικά Φροντιστήρια

Το ποσό εγγραφής για κάθε φροντιστήριο ανέρχεται στα € 40
 Επίθυμώ να λάβω μέρος στο φροντιστήριο:

Σε κάθε εγγραφή προστίθεται ΦΠΑ 23% με την έκδοση νόμιμου παραστατικού.

<<

» 1

<<

» 2

Τρόπος Πληρωμής

Κατάθεση στο λογαριασμό:
ΤΡΑΠΕΖΑ ΚΥΠΡΟΥ, ΑΡ. ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: 35109018
IBAN: GR72 0730 1760 0000 0003 5109 018, BIC: BCYPGRAA,
Δικαιούχος: Ι. ΒΟΥΤΣΑΣ - Α. ΜΑΣΤΟΡΑΣ Ε.Π.Ε.

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

Υπογραφή

Ημερομηνία