



## ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Επώνυμο\* ..... Όνομα\* .....

Νοσοκομείο\* .....

Email\*/Fax.....Τηλέφωνο.....

\*Υποχρεωτικά πεδία

### Εγγραφή Διαδικτυακής Συμμετοχής

	Κόστος
Ειδικευμένοι	50€
Ειδικευόμενοι	50€
Νοσηλεύτες	50€
Φοιτητές	δωρεάν

#### Οι παραπάνω τιμές επιβαρύνονται με 24% ΦΠΑ

Οι εγγραφές δεν ακυρώνονται & είναι πληρωτέες με την επιβεβαίωση στο Οργανωτικό Γραφείο.

Η εγγραφή για τους ειδικευμένους, ειδικευόμενους και νοσηλευτές περιλαμβάνει:  
Παρακολούθηση του Επιστημονικού προγράμματος, πιστοποιητικό συμμετοχής

#### Τρόποι Πληρωμής

**Τράπεζα:** Alpha Bank, Αριθμός Λογαριασμού: 120 002320 000 528,  
IBAN: GR330140 1200 1200 0232 0000 528, Όνομα δικαιούχου: Ι. ΣΒΟΡΩΝΟΣ Α.Ε.

ή

#### Με πιστωτική κάρτα:

Visa  AMEX  Eurocard/ Mastercard Exp. Date ...../.....

Credit Card Number..... CVV.....

Όνοματεπώνυμο Κατόχου .....

Ποσό .....Υπογραφή..... Ημερομηνία...../20.....

Αφού συμπληρώσετε τα στοιχεία σας, παρακαλούμε όπως αποστείλετε το έντυπο εγγραφής μαζί με την απόδειξη κατάθεσης ή τα στοιχεία της κάρτας σας στο **fax 210 3250660**. Για κάθε διευκρίνιση παρακαλούμε επικοινωνήστε με το Οργανωτικό Γραφείο, **CTM International S.A.** τηλ 210 3244932 ή email: [info@22psn.gr](mailto:info@22psn.gr)