Δήλωση Συµµετοχής

Για την Εγγραφή στο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ παρακαλούμε όπως αποστείλετε τα πλήρη στοιχεία σας (ονοματεπώνυμο, ιδιότητα, νοσοκομείο, τηλέφωνο, e-mail), στο g.kokka@vitacongress.gr

έως τις 10 Απριλίου 2023.

Ο Αριθμός των συμμετεχόντων είναι περιορισμένος, θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.

Οι συμμετέχοντες θα ενημερωθούν με e-mail για την επιβεβαίωση της συμμετοχής τους και θα τους σταλούν αναλυτικές οδηγίες για τον τρόπο πληρωμής και την ολοκλήρωση της εγγραφής τους.

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ |   |
| ΕΠΙΘΕΤΟ |   |
| ΙΔΙΟΤΗΤΑ |  |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ |   |
| ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ |   |
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ |   |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΚΙΝΗΤΟ) |   |
| Ε-MAIL |   |

**Δικαίωμα Συμμετοχής: 60 Ευρώ**

 Στην παραπάνω τιμή δεν συμπεριλαμβάνεται Φ.Π.Α. για την έκδοση τιμολογίου

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία: |   |

