**ΦΟΡΜΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

*Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τη φόρμα εγγραφής και την επιστρέψετε υπογεγραμμένη στη Γραμματεία του Συνεδρίου στο e-mail* *i.giampoudaki@events.gr* *ή στο fax +30 210 9881303*

Κος Κα

Επίθετο: ………………………………………………………………………............................................

Όνομα: ………………………………………………………………………............................................

Φορέας: ………………………………………………………………………………………………………………….

E-mail: ………………………………………………………………………….........................................

Τηλέφωνο: ……………………………………………………. Fax: ………….………..………….…………………

Διεύθυνση: ………………………………………………………………………............................................

Πόλη, ΤΚ, Περιοχή: ……..………………………………………………………………………...............................

Παρακαλώ επιλέξτε τον τύπο εγγραφής που επιθυμείτε:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Εγγραφή** | **Κόστος** | **√** |
| Ειδικευμένοι ιατροί-Φαρμακοποιοί | 30 € |  |
| Λοιποί Επιστήμονες Υγείας | 30 € |  |
| Ειδικευόμενοι ιατροί | Δωρεάν |  |
| Τεχνολόγοι-Νοσηλευτικό προσωπικό | Δωρεάν |  |
| Προπτυχιακοί - Μεταπτυχιακοί φοιτητές | Δωρεάν\* |  |

*\*Οι προπτυχιακοί & μεταπτυχιακοί φοιτητές καθώς και οι σπουδαστές θα εγγράφονται εφόσον επιδεικνύουν τη φοιτητική τους ταυτότητα ή βεβαίωση σπουδών από τη Σχολή που φοιτούν.*

**Τρόποι Πληρωμής**

***A. Κατάθεση σε Τράπεζα***

ALPHA BANK

Αρ. Λογαριασμού:  294 -00- 2320 000 704

IBAN:  GR 83 0140 2940 2940 0232 0000 704

Δικαιούχος: E.T.S. EVENTS & TRAVEL SOLUTIONS S.A.

*Παρακαλώ σημειώστε ότι κατά την κατάθεση, σαν αιτιολογία θα πρέπει να αναφέρετε το όνομά σας και το όνομα του συνεδρίου* ***17ο Παιδονευρολογικό****, προκειμένου το λογιστήριό μας να μπορεί να εντοπίσει την κατάθεση και να ολοκληρώσει την εγγραφή σας.*

***B. Πιστωτική Κάρτα***

Όλες οι πιστωτικές κάρτες (Visa, Mastercard, Amex) εκτός Diners γίνονται δεκτές.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία:

Με τον παρόν εξουσιοδοτώ την εταιρεία E.T.S. Events & Travel Solutions να πιστώσει την κάρτα μου με το ποσό των ……………...€.

Αριθμός Κάρτας:

    

CVC (Τα 3 τελευταία ψηφία στην πίσω πλευρά της κάρτας): 

Ημερομηνία Λήξης: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_

Visa:  American Express:  Master Card: 

Υπογραφή: …………………………………………………

***Για οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία ή διευκρίνιση τυχόν χρειαστείτε, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη Γραμματεία του Συνεδρίου στο e-mail*** ***i.giampoudaki@events.gr*** ***ή στο τηλ +30 210 9880032 (εσωτ. 18) κα Ιόλη Χάρις Γιαμπουδάκη***