Ενδιαφέρομαι να παρακολουθήσω το 7ο Κλινικό Φροντιστήριο για Ειδικευόμενους Ογκολογικών Ειδικοτήτων

ΕΠΩΝΥΜΟ:		**ΟΝΟΜΑ:**	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	**ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ**			
	Τ.Κ.		**ΠΟΛΗ**	
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.:				
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:				
E-MAIL:				

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ ☐	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ ☐	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ ☐

ΕΤΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:	……..

ΚΛΙΝΙΚΗ / ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:	

ΟΝΟΜΑ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ:	

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:	ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΑΙ ΝΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΩ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ☐