

**ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

**Επώνυμο\*** ........................................................................... **Όνομα\*** .....................................................

**Νοσοκομείο** ...................................................................................................................................

**Email\***............................................................................**Τηλέφωνο**................................................

*\*Υποχρεωτικά πεδία*

**ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΜΕ ΦΥΣΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Τύπος Εγγραφής | Κόστος |  |
| Ειδικευμένοι | **173,60€** ⬜ |  |
| Ειδικευόμενοι | **148,80€** ⬜ |  |
| Νοσηλευτές | **62€** ⬜ |  |
| Φοιτητές | **Δωρεάν** ⬜ |  |

***Τα ανωτέρω κόστη εγγραφών περιλαμβάνουν ΦΠΑ***

**ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΜΕ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ**

η Διαδικτυακή Συμμετοχή είναι **Δωρεάν ⬜**

**ΔΙΑΜΟΝΗ:** Για κρατήσεις στο συνεδριακό ξενοδοχείο μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Οργανωτικό Γραφείο: e-mail: [epapastavropoulou@ctmi.gr](mailto:epapastavropoulou@ctmi.gr) Τηλ: 210 7499342 (εσωτ. 27)

**Τρόπος Πληρωμής**

**ALPHA BANK -** Αριθμός Λογ/μού: 120 002320 000 528

ΙΒΑΝ: GR033 0140 1200 1200 0232 0000 528 - Όνομα δικαιούχου: Ι. ΣΒΟΡΩΝΟΣ Α.Ε.

**EUROBANK-** Αριθμός λογαριασμού: 0026 0025 4102 0074 9956

IBAN: GR97 02600 2500 0041 0200 749956- Όνομα δικαιούχου: Ι. ΣΒΟΡΩΝΟΣ Α.Ε.

**ή**

Πιστωτική Κάρτα :

Card No.: ………………………………………………………………………Ημ. Λήξης: \_ \_ / \_ \_

Όνομα κατόχου: …………………………………………………………………… CVV ………………

Ημερομηνία: ………………………………… Ποσό: …………………

Ονοματεπώνυμο & Yπογραφή: ……………………………………………………………

\* **Για να θεωρηθεί έγκυρη η εγγραφή** παρακαλούμε όπως αποστείλετε το αποδεικτικό της κατάθεσης και το έντυπο συμμετοχής με το όνομα του συμμετέχοντα, στο email : epapastavropoulou@ctmi.gr

*Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με τη* ***Γραμματεία του Συνεδρίου:******CTM INTERNATIONAL S.A.*** *τηλ 210 3244932 (εσωτ. 27)*