

**ΕΝΤΥΠΟ** **ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

Επώνυμο............................................

Όνομα**…………………………………………**

Νοσοκομείο..................................................................Πόλη……………………

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

Email………......................

**Η ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΙΝΑΙ ΔΩΡΕΑΝ**

**ΜΟΝΟ ΜΕ ΦΥΣΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **ΕΙΔΙΚΟΣ** | 🗖 |
| **ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ** | 🗖 |
| **ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ** | 🗖 |
| **ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ** | 🗖 |

*Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με τη* ***Γραμματεία του Σεμιναρίου:***

***CTM INTERNATIONAL S.A.*** *τηλ 210 3244932,* fax 210 3250660, email: [epapastavropoulou@ctmi.gr](mailto:epapastavropoulou@ctmi.gr)