



Θεσσαλονίκη, Σάββατο 6 Δεκεμβρίου 2014 08.30-18.00

Αμφιθέατρο Γενικού Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Παρακαλούμε αποστείλατε το Δελτίο συμπληρωμένο με κεφαλαία γράμματα στη Γραμματεία του Συνεδρίου:



**ERA ΕΠΕ**-Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα, Τηλ: 210 3634 944, Fax: 210 3631 690,

E-mail: [info@era.gr](mailto:info@era.gr) Web Site: [www.era.gr](http://www.era.gr)

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΦΟΡΕΑΣ: \_\_\_\_\_

ΕΙΔΙΚΟΣ

ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: \_\_\_\_\_

Τ.Κ.: \_\_\_\_\_ ΠΟΛΗ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛ.: \_\_\_\_\_ ΚΙΝΗΤΟ: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

### Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΙΝΑΙ ΔΩΡΕΑΝ

- Δωρεάν Παρακολούθηση ημερίδας

### EXCETER HIP COURSE

- Σεμινάριο Πρακτικής Άσκησης «**Exeter Hip Course**». Οι θέσεις των εκπαιδευομένων θα είναι αυστηρά **32** και το κόστος ανέρχεται στα 25€ ανά άτομο. Με την επιτυχή ολοκλήρωση της πρακτικής άσκησης θα ακολουθήσει απονομή διπλώματος του Exeter Hip Course στους συμμετέχοντες.

### ΠΡΟΣΟΧΗ

- θα τηρηθεί αυστηρή σειρά προτεραιότητας.
- Παρακαλούμε όπως επιστρέψατε συμπληρωμένη τη φόρμα, στην ERA ΕΠΕ όχι αργότερα από τις 15 Νοεμβρίου 2014.

### ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Για τυχόν επιπλέον χρεώσεις η πληρωμή μπορεί να γίνει με:

- **Τραπεζικό έμβασμα** στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: **ERA ΕΠΕ** - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307, IBAN No GR66 0140 1010 1010 0200 2044 307 αναφέροντας **το όνομα του Συνεδρίου & το όνομα του συμμετέχοντος**

### - Πιστωτική κάρτα

Εξουσιοδοτώ την **ERA ΕΠΕ** όπως χρεώσει την κάρτα μου με το ποσό .....ΕΥΡΩ

MASTER CARD

VISA

Αριθμός Κάρτας..... Ημερ. Λήξης ...../.....

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_