



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 **Web Site:** 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 Διημερίδας

WORKSHOP: BASIC KNEE ARTHROPLASTY

- Σεμινάριο Πρακτικής Άσκησης «**Basic Knee Arthroplasty**». Οι θέσεις των εκπαιδευομένων θα είναι αυστηρά **32** και το κόστος ανέρχεται στα 50€ ανά άτομο.

WORKSHOP: EXETER HIP COURSE

- Σεμινάριο Πρακτικής Άσκησης «**Exeter Hip Course**». Οι θέσεις των εκπαιδευομένων θα είναι αυστηρά **32** και το κόστος ανέρχεται στα 50€ ανά άτομο.

WORKSHOP: THIRD GENERATION CEMENTING TECHNIQUE USING REAL CEMENT

- Σεμινάριο Πρακτικής Άσκησης «**Third Generation cementing technique using real cement**». Το κόστος ανέρχεται στα 50€ ανά άτομο.

Σε περίπτωση που κάποιος επιθυμεί να παρακαλουθήσει και τα δύο (2) workshops, το κόστος συμμετοχής και για τα δύο, θα είναι 80 €.

Σε περίπτωση που κάποιος επιθυμεί να παρακαλουθήσει και τα τρία (3) workshops, το κόστος συμμετοχής και για τα τρία, θα είναι 100 €.

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 Νο 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 ποσόΕΥΡΩ

MASTER CARD VISA Αριθμός Κάρτας..... Ημερ. Λήξης/.....

Υπογραφή _____

Ημερομηνία ____/____/____