

Οργάνωση

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ & ΚΡΑΤΗΣΕΩΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ**

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



ERA ΕΠΕ- Ασκληπιοῦ 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: _____

Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: _____ Τ.Κ.: _____ ΠΟΛΗ: _____

ΤΗΛ.: _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____ E-MAIL: _____

I. ΕΓΓΡΑΦΗ**Η Συμμετοχή στην Ημερίδα είναι δωρεάν και περιλαμβάνει:**

- Υλικό Ημερίδας, Συμμετοχή στις επιστημονικές συνεδριάσεις, καφέ, ελαφρύ γεύμα

**Παρακαλούμε όπως επιστρέψετε συμπληρωμένη τη φόρμα, στην ERA ΕΠΕ
όχι αργότερα από τις 25 Νοεμβρίου 2015.**

II. ΔΙΑΜΟΝΗ

Οι κατωτέρω τιμές αφορούν ημερήσιες τιμές με πρωινό και φόρους:

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	Μονόκλινο/Δίκλινο
CROWNE PLAZA	€ 130

Ακύρωση διαμονής μετά τις 25 Νοεμβρίου χρεώνεται με 100% ακυρωτικά τέλη

III. ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣΓια την επιβεβαίωση της διαμονής απαιτείται **εξόφληση του συνολικού ποσού**. Η πληρωμή μπορεί να γίνει είτε 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 ποσό _____ (€) ΕυρώMASTER CARD VISA

Αριθμός Κάρτας _____

Ημερ. Λήξης ____/____

Υπογραφή _____

Ημερομηνία ____/____/____