



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Επώνυμο:		Όνομα:
Ιδιότητα:		
Ειδικευμένος/η <input type="checkbox"/>		Ειδικευόμενος/η <input type="checkbox"/>
Νοσοκομείο:		Τμήμα:
Διεύθυνση*:		
Τ.Κ.		Πόλη*:
ΑΦΜ*:		ΔΟΥ*:
Επάγγελμα*:		
Τηλ:		Κινητό(απαραίτητως):
Fax:		E-mail (απαραίτητως):
Τρόπος Εγγραφής:	A) Κατάθεση στην ΕΕΕΑ <input type="checkbox"/>	Κατατεθέν Ποσό: €
	ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ: 147/540080-51	
	IBAN: GR1301101470000014754008051	
	Για την εγγραφή στο 9 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επεμβατικής Ακτινολογίας	
	Επισυνάπτεται καταθετήριο <input type="checkbox"/>	
	B) Εγγραφή στη Γραμματεία του Συνεδρίου <input type="checkbox"/>	
	Καταβληθέν Ποσό: €	
Για την εγγραφή στο 9 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επεμβατικής Ακτινολογίας		
Ημ/μηνία:		

Τα στοιχεία που φέρουν αστερίσκο (*) συμπληρώνονται εφόσον επιθυμείτε έκδοση θεωρημένης απόδειξης στο όνομά σας από την ΕΕΕΑ.

Παρακαλούμε όπως αποστείλετε τη φόρμα στη διεύθυνση: eeee.grammateia@gmail.com με θέμα «ΕΓΓΡΑΦΗΣΥΝΕΔΡΙΟΥ».

Πληροφορίες: Γραμματεία ΕΕΕΑ, Μεταξάκη Κατερίνα, Καπλανίδου Θεώνη eeee.grammateia@gmail.com