



15-17
Απριλίου
2018

Αμφιθέατρο
Γ.Ν.Θ. "Παπαγεωργίου"

- Εαρινό Συμπόσιο Χειρουργικής Παιδών
- Workshop: Hypospadias Surgery



ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε με κεφαλαία γράμματα το Δελτίο και να το αποστείλετε στη Γραμματεία του Συμποσίου: VOYAGER Complete Travel Services - Fax: 2310 250418, email: congress-secretary@voyagertravel.gr

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ (Παρακαλούμε να συμπληρώσετε με κεφαλαία γράμματα)

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:
ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ: ΠΟΛΗ:
ΤΗΛ: FAX: EMAIL:
ΚΙΝΗΤΟ:

2. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

Παρακαλούμε επιλέξτε:



- | | | |
|---------------|--------|--------------------------|
| Ειδικοί | 50 € * | <input type="checkbox"/> |
| Ειδικευόμενοι | ΔΩΡΕΑΝ | <input type="checkbox"/> |
| Φοιτητές | ΔΩΡΕΑΝ | <input type="checkbox"/> |
| Νοσηλευτές | ΔΩΡΕΑΝ | <input type="checkbox"/> |

* Το κόστος συμμετοχής σε έκδοση τιμολογίου επιβαρύνεται με Φ.Π.Α. 24%.

* Οποιοσδήποτε τραπεζικές επιβαρύνσεις βαρύνουν τους συμμετέχοντες

* Οι Ειδικευόμενοι Ιατροί/φοιτητές/Νοσηλευτές/ είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους

Η Εγγραφή Περιλαμβάνει:

Παρακολούθηση του Συμποσίου, Συνεδριακό Υλικό, Καφέ στο Διάλειμμα και το Δίπλωμα Συμμετοχής του Συμποσίου.

Διαδικασία Εγγραφής:

Συμπλήρωση του δελτίου συμμετοχής και κατάθεση του ποσού που αντιστοιχεί στον ακόλουθο λογαριασμό τραπεζής:

Τράπεζα ΠΕΙΡΑΙΩΣ, Κατάστημα Διαγωνίου, Θεσσαλονίκη

Account No: 5238-016383-583, IBAN: GR66 0172 2380 0052 3801 6383 583, Swift Code: PIRBGRAAA

Δικαιούχος: Α. Ανοιξιά - Π. Γκάτζιου Ο.Ε. - VOYAGER CTS

3. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΓΡΑΦΕΙΟ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΣΙΟΥ



VOYAGER Complete Travel Services
Αγ. Σοφίας 18, 54622, Θεσσαλονίκη
Τ: 2310250401, 250403 F: 2310250418
e-mail: info@voyagertravel.gr, www.voyagertravel.gr