

ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ: Εξελίξεις και Προοπτικές

1&2 Νοεμβρίου 2019

— ΚΑΛΑΒΡΥΤΑ, Ξενοδοχείο Kalavryta Canyon



ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ - ΔΙΑΜΟΝΗΣ από τον ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΦΟΡΕΑ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία σε συνεργασία με το Νεφρολογικό Κέντρο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, διοργανώνει το Συμπόσιο με τίτλο: **Αγγειακή Προσπέλαση: Εξελίξεις και Προοπτικές** που θα πραγματοποιηθεί στις **1 – 2 Νοεμβρίου 2019**, στα Καλάβρυτα.

Προκειμένου να διευκολυνθεί η συμμετοχή των ιατρών στην εκπαιδευτική αυτή προσπάθεια η Οργανωτική Επιτροπή του Συμποσίου θα διαθέσει για περιορισμένο αριθμό θέσεων τη κάλυψη της διαμονής (2 διανυκτερεύσεις) για **ιατρούς** από όλη την Ελλάδα (**θα δοθεί προτεραιότητα στους ειδικευόμενους ιατρούς**) που θα εκδηλώσουν έγκαιρα ενδιαφέρον. Για την εκδήλωση ενδιαφέροντος σας παρακαλούμε όπως αποστείλετε το αίτημα σας (με πλήρη ιδιότητα και στοιχεία επικοινωνίας) στο email congress@conferre.gr **έως και τις 30 Σεπτεμβρίου 2019**.

* Οι συμμετέχοντες θα ενημερωθούν από τη γραμματεία του Συμποσίου αναφορικά με τη συμμετοχή τους.

Τα αιτήματα θα αξιολογηθούν από τον επιστημονικό φορέα και την Οργανωτική Επιτροπή

Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων

Ελπίζοντας στις άμεσες ενέργειες σας συμβάλλοντας στη προσπάθεια αυτή, σας ευχαριστώ για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,

Δημήτριος Γούμενος

Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας,
Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστήμιο Πατρών,
Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος και Μονάδας Μεταμόσχευσης Νεφρού,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών Ρίο

ΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνική
Νεφρολογική
Εταιρεία

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ:
Νεφρολογικό Κέντρο του Πανεπιστημιακού
Νοσοκομείου Πατρών

ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ: Εξελίξεις και Προοπτικές

1&2 Νοεμβρίου 2019

— ΚΑΛΑΒΡΥΤΑ, Ξενοδοχείο Kalavryta Canyon



ΦΟΡΜΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά τις αναγραφόμενες σε κάθε πεδίο οδηγίες πριν συμπληρώσετε και υποβάλλετε τη φόρμα
Όλα τα πεδία με αστερίσκο συμπληρώνονται υποχρεωτικά (*)

Στοιχεία Επαφής

*Επώνυμο:

*Όνομα:

*Τίτλος/Θέση/Ιδιότητα :

*Νοσοκομείο/Ιδρυμα/ Ινστιτούτο/Εταιρεία κτλ:

*Διεύθυνση:

*Τ.Κ.:

*Πόλη:

*Τηλέφωνο:

*E-mail:

[Το e-mail αυτό θα χρησιμοποιηθεί για κάθε επικοινωνία/ενημέρωση αναφορικά με την εγγραφή.
Παρακαλούμε επιβεβαιώστε την ορθή λειτουργία του. Εισάγετε μόνο ένα e-mail.]