

## ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Επώνυμο\* .....

Όνομα\* .....

Νοσοκομείο/Ίδρυμα\*.....

Πόλη.....

Τηλέφωνο\*.....

Email\*.....

Ειδικευμένος/νη  Ειδικευόμενος/νη

Νοσηλεύτης/τρια  Φοιτητής/τρια  Άλλη Ειδικότητα

\*Συμμετοχή με φυσική παρουσία  \*Συμμετοχή διαδικτυακά

**Η Συμμετοχή στην 97<sup>η</sup> Επιστημονική Συνάντηση είναι ΔΩΡΕΑΝ**

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε την φόρμα συμμετοχής και να σταλεί με **e-mail**:

[epapastavropoulou@ctmi.gr](mailto:epapastavropoulou@ctmi.gr) ή [vbaxevanaki@ctmi.gr](mailto:vbaxevanaki@ctmi.gr)