

 **ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

Επώνυμο............................................

Όνομα**…………………………………………**

Νοσοκομείο..................................................................Πόλη……………………

Τηλέφωνο:.......................…….......................................

Email………......................

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΕ ΦΥΣΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ

|  |  |
| --- | --- |
| Ειδικευμένοι | Δωρεάν  |
| Ειδικευόμενοι | **Δωρεάν** |
| Νοσηλευτές | **Δωρεάν** |
| Φοιτητές | **Δωρεάν** |

**\*ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ**

**1. Η χρήση των υπερήχων στην Νεφρολογία**

**2. Μηχανήματα Εξωνεφρικής κάθαρσης για χρήση στην ΟΝΒ**

 ***\*Σημείωση****: Περιορισμένος αριθμός συμμετοχής. Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας*

Αφού συμπληρώσετε τα στοιχεία σας, παρακαλούμε όπως αποστείλετε το έντυπο εγγραφής μαζί με την απόδειξη κατάθεσης ή τα στοιχεία της κάρτας σας στο email: **inaken@ctmi.gr** . Για κάθε διευκρίνιση παρακαλούμε επικοινωνήστε με το Οργανωτικό Γραφείο,CTM International S.A., τηλ: 210 3244932