

**ΕΝΤΥΠΟ** **ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

Επώνυμο:..................................................................................

Όνομα:**…………………………………………**…………………………………………….

Νοσοκομείο:...............................................................................

Πόλη:…………………………………………………………………………………………………….

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

E-Mail: ………...................................................................

***Η ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΗΜΕΡΙΔΑ ΕΙΝΑΙ ΔΩΡΕΑΝ ΚΑΙ***

***ΜΟΝΟ ΜΕ ΦΥΣΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ***

|  |
| --- |
| **EΓΓΡΑΦΗ ΜΕ ΦΥΣΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ** |
| Ειδικοί ιατροί |  **⬜** |
| Ειδικευόμενοι ιατροί |  **⬜** |
| Νοσηλευτές |  **⬜** |
| Φοιτητές |  **⬜** |

*Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε την φόρμα εγγραφής και να σταλεί στην* ***Γραμματεία της Ημερίδας:******CTM INTERNATIONAL S.A.*** *τηλ 210 3244932 (εσωτ.27)*

e-mail: epapastavropoulou@ctmi.gr