



5^η
ημερίδα

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΥΑΛΟΕΙΔΟΥΣ-ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Αράχωβα
25 Νοεμβρίου 2017
Domotel Anemolia

gvrscongress.gr

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Παρακαλούμε αποστείλατε το Δελτίο συμπληρωμένο με κεφαλαία γράμματα στη Γραμματεία του Συνεδρίου:



ERA ΕΠΕ-Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα, Τηλ: 210 3634 944, Fax: 210 3631 690,
E-mail: info@era.gr Web Site: www.era.gr

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΦΟΡΕΑΣ/ΙΑΤΡΕΙΟ: _____

Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: _____

T.K.: _____ ΠΟΛΗ: _____

ΤΗΛ.: _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

E-MAIL: _____

Η Συμμετοχή είναι δωρεάν για τα Μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Υαλοειδούς - Αμφιβληστροειδούς και περιλαμβάνει

- Μία διανυκτέρευση με πρωινό (Σάββατο 25 Νοεμβρίου 2017)
- ✓ Επιπλέον διανυκτέρευση με πρωινό: **50€**
Η επιπλέον διανυκτέρευση είναι σε ειδική τιμή καθώς επιδοτείται από την Ελληνική Εταιρεία Υαλοειδούς - Αμφιβληστροειδούς για τα μέλη της.

Check in ___/___/2017 Check out ___/___/2017

- Δωρεάν Παρακολούθηση ημερίδας

Μέλος - Χειρουργική

Μέλος - Παθολογία

ΠΡΟΣΟΧΗ

- θα τηρηθεί αυστηρή σειρά προτεραιότητας.
- Παρακαλούμε όπως επιστρέψατε συμπληρωμένη τη φόρμα, στην ERA ΕΠΕ **όχι αργότερα από τις 3 Νοεμβρίου 2017.**

ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Για τυχόν επιπλέον χρεώσεις η πληρωμή μπορεί να γίνει με:

- **Τραπεζικό έμβασμα** στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: **ERA ΕΠΕ** - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307,
IBAN Νο GR66 0140 1010 1010 0200 2044 307 αναφέροντας **το όνομα του Συνεδρίου & το όνομα του συμμετέχοντος**
- **Πιστωτική κάρτα**

Εξουσιοδοτώ την **ERA ΕΠΕ** όπως χρεώσει την κάρτα μου με το ποσόΕΥΡΩ

MASTER CARD

VISA

Αριθμός Κάρτας..... Ημερ. Λήξης/.....

Υπογραφή _____

Ημερομηνία ___/___/___