



6^η ημερίδα

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΥΑΛΟΕΙΔΟΥΣ-ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

24 Νοεμβρίου 2018

Αράχωβα Domotel Anemolia

www.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/ /ΙΑΤΡΕΙΟ: _____

Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: _____

T.K.: _____ ΠΟΛΗ: _____

ΤΗΛ.: _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____ E-MAIL: _____

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

- Δωρεάν Παρακολούθηση ημερίδας

Μέλος - Χειρουργική

Μέλος - Παθολογία

- Μία διανυκτέρευση με πρωινό (Σάββατο 24 Νοεμβρίου 2018)

- ✓ Επιπλέον διανυκτέρευση με πρωινό: **50€**

Η επιπλέον διανυκτέρευση για τα μέλη της ΕΕΥΑ είναι σε ειδική τιμή καθώς επιδοτείται από την Ελληνική Εταιρεία Υαλοειδούς - Αμφιβληστροειδούς.

Check in ___/11/2018 Check out ___/11/2018

ΠΡΟΣΟΧΗ

- θα τηρηθεί αυστηρή σειρά προτεραιότητας.
- Παρακαλούμε όπως επιστρέψατε συμπληρωμένη τη φόρμα, στην ERA ΕΠΕ **όχι αργότερα από τις 10 Νοεμβρίου 2018.**

ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Για επιπλέον χρεώσεις η πληρωμή μπορεί να γίνει με:

- **Τραπεζικό έμβασμα** στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: **ERA ΕΠΕ** - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307, IBAN No 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 ___/___/___