

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
στο Διήμερο Ειδικού Σκοπού για Τεχνικούς Εργαστηρίων Ύπνου
19-20 Μαΐου 2023

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΠΟΛΗ:..... ΤΚ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

EMAIL:.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΤΕΧΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΑΛΛΟ

ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΚΛΙΝΙΚΗ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ):

.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ :

ΠΟΛΗ: ΤΚ:

ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Κόστος συμμετοχής: 50€

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Η πληρωμή γίνει με κατάθεση στο IBAN: GR25 0172 0570 0050 5709 7710 007, Τράπεζα ΠΕΙΡΑΙΩΣ, το αποδεικτικό κατάθεσης θα αποστέλλεται με την συμπληρωμένη αίτηση για να θεωρείται έγκυρη η συμμετοχή σας στο email: hellenic.sleep@gmail.com.