ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………………………………………………………………………………

ΚΛΙΝΙΚΗ-ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:…………………………………………………………………………………………………………

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:…………………………………………………………………………………………………………………………..

ΙΔΙΟΤΗΤΑ (Ειδικευόμενος, ειδικευμένος, επιμελητής κτλ):……………………………………………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ:………………………………………………………………………………………………………………

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:……………………………………………………………………………………………………………………………

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:…………………………………………………………………………………………………………..

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ/ΚΙΝΗΤΟ:…………………………………………………………………………………………………

Ε-MAIL:…………………………………………………………………………………………………………………………………

**Κόστος εγγραφής\* (παρακαλώ συμπληρώστε)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Κατηγορίες εγγραφής** | **Κόστος** | **Επιλέξτε κατηγορία** |
| **Τακτικά Μέλη ΕΕΠΕΑΧ** | **250€** |  |
| **Πάρεδρα Μέλη ΕΕΠΕΑΧ** | **200€** |  |
| **Ειδικευόμενοι Πλαστικοί Χειρουργοί Μη μέλη της ΕΕΠΕΑΧ**  | **250€** |  |
| **Ειδικευμένοι Πλαστικοί Χειρουργοί Μη μέλη της ΕΕΠΕΑΧ** | **300€** |  |
| **Ειδικευόμενοι (άλλων ειδικοτήτων)** | **250€** |  |
| **Ειδικευμένοι (άλλων ειδικοτήτων)** | **300€** |  |

\**Σε περίπτωση που επιθυμείτε να εκδοθεί τιμολόγιο, οι παραπάνω τιμές θα επιβαρυνθούν με ΦΠΑ.*

**Σημείωση: Το κόστος εγγραφής θα πρέπει να κατατεθεί έως και 10 ημέρες μετά την επιβεβαίωση από την Ε.Ε.Π.Ε.Α.Χ. για τη συμμετοχή σας στο σεμινάριο.**

Η φόρμα εγγραφής θα πρέπει να αποσταλεί συμπληρωμένη

 ηλεκτρονικά στο e-mail plastiki@otenet.gr

**ΘΑ ΤΗΡΗΘΕΙ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ ΛΟΓΩ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΘΕΣΕΩΝ**

 **(20 ΑΤΟΜΑ MAX)**