

**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](mailto:epapastavropoulou@ctmi.gr)