



## ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

### A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ):

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>
Ειδικότητα/Τίτλος:	<input type="text"/>	Φορέας:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>		
Πόλη:	<input type="text"/>	Ταχυδρομικός Κώδικας:	<input type="text"/>
Τηλ:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
*E-Mail:	<input type="text"/>		

### B. ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ:

Κατηγορία	Κόστος Εγγραφής
Ειδικευμένοι Ιατροί	60 € <input type="checkbox"/>
Ειδικευόμενοι Ιατροί	40 € <input type="checkbox"/>
Μαίες Νοσηλεύτριες/τές	ΔΩΡΕΑΝ

\*\*\*Στα ανωτέρω κόστη δεν συμπεριλαμβάνεται ΦΠΑ 24% \*\*\*

#### Ακυρωτική Πολιτική

Μετά την εγγραφή στο Συνέδριο, καμία ακύρωση δεν θα γίνεται δεκτή και θα παρακρατείται το καταβληθέν ποσό εγγραφής.

Το κόστος εγγραφής για Ειδικευμένους & Ειδικευόμενους Ιατρούς περιλαμβάνει:

- Συμμετοχή στο Επιστημονικό Πρόγραμμα
- Είσοδο στη Έκθεση
- Συνεδριακό Υλικό
- Πιστοποιητικό Παρακολούθησης



## Δ. ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ:

Καμία εγγραφή / κράτηση δεν θεωρείται επιβεβαιωμένη χωρίς την πλήρη εξόφληση του ποσού.

### 1. Κατάθεση σε Τραπεζικό Λογαριασμό

Δηλώνω ότι κατέθεσα το ποσό των € στον ακόλουθο τραπεζικό λογαριασμό της εταιρείας PRC Congress & Travel, ως εξόφληση της εγγραφής / διαμονής μου, για το 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού.

**Τράπεζα:** ALPHA BANK

**Δικαιούχος:** ΙΟΡΔΑΝΗΣ ΧΑΛΥΒΙΔΗΣ & ΣΙΑ Ε.Ε.

**Αριθμός Λογαριασμού:** 130 00 2320001056

**IBAN:** GR 6001 4013 0013 0002 3200 01056

**Swift Code:** CRBAGRAAXXX

### Σημειώσεις:

- Παρακαλούμε όπως αναφέρετε το όνομα του καταθέτη στην αιτιολογία κατάθεσης.
- Τα έξοδα τραπεζής βαρύνουν εξ' ολοκλήρου τον καταθέτη.
- Μετά την κατάθεση παρακαλούμε να μας αποστείλετε με fax ή e-mail το αποδεικτικό της τραπεζικής σας κατάθεσης.

### 2. Πληρωμή Με Πιστωτική Κάρτα

Αποδεκτές Πιστωτικές/Χρεωστικές Κάρτες:



Εξουσιοδοτώ την εταιρεία PRC Congress & Travel να χρεώσει άμεσα την πιστωτική μου κάρτα, με το ποσό των € ως εξόφληση της εγγραφής / διαμονής μου, για το 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού.

### Στοιχεία Πιστωτικής Κάρτας:

Visa:

Mastercard:

Όνοματεπώνυμο κατόχου:

Αριθμός κάρτας:

Ημερομηνία λήξης:

3ψήφιος κωδικός CVV :

(αναγράφεται στην πίσω όψη της κάρτας)

### Σημειώσεις:

- Παρακαλούμε να επισυνάψετε το αντίγραφο της πιστωτικής κάρτας σας (και τις δύο όψεις).
- Σε περίπτωση πληρωμής μέσω πιστωτικής/χρεωστικής κάρτας, θα υπάρχει επιβάρυνση 3% ως τραπεζική προμήθεια στο συνολικό ποσό.
- Καμία εγγραφή / κράτηση δεν θεωρείται επιβεβαιωμένη χωρίς την πλήρη εξόφληση του ποσού.

Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση της διαδικασίας εγγραφής/διαμονής για το 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού καθώς και των όρων που ισχύουν για την ακυρωτική πολιτική, τους οποίους και αποδέχομαι χωρίς καμία επιφύλαξη.

Ημερομηνία:            /            /

Υπογραφή: