



## ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να αποστείλετε τη φόρμα μέσω fax ή e-mail στη Γραμματεία του Συνεδρίου PRC CONGRESS & TRAVEL, Μιχαλακοπούλου 105, 115 27 Αθήνα  
 Τηλ.: 210-7711673, 7756336, Fax: 210-7711289, E-mail: [congress2@prctravel.gr](mailto:congress2@prctravel.gr)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΟΥ	
Επώνυμο:	Όνομα:
Ειδικότητα:	Τίτλος:
Φορέας Εργασίας:	
Διεύθυνση:	Πόλη:
Τ.Κ:	Χώρα:
Τηλ.:	Fax:
E-mail:	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ
Ειδικευμένοι Ιατροί	70 € <input type="checkbox"/>
Ειδικευόμενοι Ιατροί	50 € <input type="checkbox"/>
Μαίες Νοσηλεύτριες/τές	ΔΩΡΕΑΝ

\*\*\*Το δικαίωμα συμμετοχής επιβαρύνεται με ΦΠΑ 24%\*\*\*

Η Εγγραφή στο συνέδριο και περιλαμβάνει:

- Συμμετοχή στο Επιστημονικό Πρόγραμμα
- Είσοδο στον Εκθεσιακό Χώρο
- Συνεδριακό Υλικό (μπλοκ, στυλό, κ.λπ.)
- Πιστοποιητικό Παρακολούθησης
- Διαλείμματα καφέ

### Τρόποι Πληρωμής:

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 7<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 τραπέζης 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 7<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 7<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.

**Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων**

- Συναινώ στην χρήση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από την διοργανώτρια εταιρεία του συνεδρίου για τους σκοπούς του συνεδρίου, στατιστικούς, επιστημονικούς ή άλλους.

**Παρακαλούμε σημειώστε τον τρόπο που ενημερωθήκατε για το συνέδριο:**

- Κοινωνικά μέσα δικτύωσης
- Newsletter
- Μέσω συναδέλφων
- Άλλο

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** \_\_/\_\_/\_\_

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ:** \_\_\_\_\_

PRC Congress & Travel  
Μιχαλακοπούλου 105, 115 27 Αθήνα  
Tel. +30 210 7711673, Fax +30 210 7711289, Email: [congress2@prctravel.gr](mailto:congress2@prctravel.gr)

  
...helping to distribute knowledge