

16ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ομοιοπαθητικής Ιατρικής

11 - 13 Μαΐου 2012

Πνευματικό Κέντρο Δήμου Ερμούπολης, Σύρος

ΔΗΛΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Συμπληρώστε αυτή τη σελίδα και στείλτε την στην εταιρεία K-Prnovoli, fax: 210-2714437, υπόψη κας Μαρίας Καναβά.

ΟΝΟΜΑ:

ΙΔΙΟΤΗΤΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ: Τ.Κ.:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: FAX:

e-mail:

Σημειώστε με Χ το ποσό της εγγραφής σας.

Ιατρός	<input type="checkbox"/>	120 €
Φαρμακοποιός	<input type="checkbox"/>	80 €
Φοιτητές	<input type="checkbox"/>	80 € (με την επίδειξη φοιτητικής ταυτότητας)

ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΕΣΗ

Για να ισχύει η εγγραφή σας στο συνέδριο, θα πρέπει να γίνει εξόφληση του παραπάνω ποσού έως την **Παρασκευή 4 Μαΐου 2012**, με επώνυμη κατάθεση σε έναν από τους παρακάτω λογαριασμούς:

Κούνουπας Ιωάννης & Σια Ε.Ε.

Εθνική Τράπεζα: **143-44030532**

Alpha Bank: **137002320004251**, IBAN: **GR0601401370137002320004251**

Παρακαλούμε να αποστείλετε την απόδειξη κατάθεσης στην οργανώτρια εταιρεία, K- Prnovoli, στο fax: 210 2714437, υπόψη κας Μαρίας Καναβά.

ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΜΕ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ

VISA/VISA ELECTRON/MASTER CARD/EUROLINE

Παρακαλώ χρεώσατε το ποσό των..... στον λογαριασμό μου

Αριθμός κάρτας:

Ημερομηνία λήξης:/...../.....

3 τελευταία νούμερα στο πίσω μέρος της κάρτας:

.....
Ονοματεπώνυμο κατόχου κάρτας

.....
Υπογραφή

Η χρέωση του ποσού στη πιστωτική κάρτα θα πραγματοποιηθεί την Παρασκευή 4 Μαΐου 2012