

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**«Εισαγωγή στη θεραπεία & αποκατάσταση των Διαταραχών
Αυτιστικού Φάσματος Μέσης και Χαμηλής
Λειτουργικότητας»- Εκπαίδευση μέσα από την κλινική
πρακτική**

ΑΠΡΙΛΙΟΣ – ΙΟΥΝΙΟΣ 2016

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

.....

ΠΤΥΧΙΟ: ΑΕΙ ΤΕΙ ΑΛΛΟ

ΣΧΟΛΗ :.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ :.....

**Εκπαιδευτικό πρόγραμμα: “Εισαγωγή στη θεραπεία & αποκατάσταση των Διαταραχών
Αυτιστικού Φάσματος Μέσης και Χαμηλής Λειτουργικότητας»- Εκπαίδευση μέσα από την
κλινική πρακτική**

ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ (ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ) : ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΤΟΣ/ΕΞΑΜΗΝΟ.....

ΣΧΟΛΗ :.....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ:

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΑΦ ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

.....

FAX:

E- MAIL: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

- 450€ /ανά άτομο (προκαταβολή 150,00 έως 14/03/2016 και το υπόλοιπο σε 3 μηνιαίες δόσεις έως 4/6/2016)
- 400€ / ανά άτομο σε περίπτωση εφάπαξ καταβολής με την εγγραφή, έως 14/3/2016
- Φοιτητές : 400€ /ανά άτομο (προκαταβολή 100,00 έως 14/03/2016 και το υπόλοιπο σε 3 μηνιαίες δόσεις έως 4/6/2016)

Η κατάθεση του ποσού θα μπορεί να γίνει σε Εθνική Τράπεζα, Αριθμός Λογαριασμού: **760/296002-85**, IBAN: GR 440 110 76 000000 760 296002-85 SWIFT τράπεζας(BIG)ΕΤΗNGRAA. Δικαιούχος: Κέντρο Παιδιού και Εφήβου. Παρακαλούμε

όπως αναγράφετε το ονοματεπώνυμό σας στο καταθετήριο ΚΑΙ την ένδειξη:
«Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα ΔΑΦ ΚΗ 2016».

Επιθυμώ την έκδοση του εξής φορολογικού παραστατικού για τη συμμετοχή μου:

Τιμολόγιο για επαγγελματική χρήση Απόδειξη

(Σε περίπτωση έκδοσης τιμολογίου παρακαλούμε να μας στείλετε με e-mail τα φορολογικά σας στοιχεία)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Η παρούσα δήλωση συμμετοχής αποστέλλεται συμπληρωμένη, με e-mail, στη διεύθυνση tete@krechios.gr ή με fax στο 2105789191. Η δήλωση συνοδεύεται ή ακολουθείται από το καταθετήριο και αντίγραφο φοιτητικής ταυτότητας για την ανάλογη περίπτωση. Οι δηλώσεις συμμετοχής και εγγραφές θα γίνονται δεκτές ως τις 14/03/2016. Η εγγραφή θα οριστικοποιηθεί μετά από συνέντευξη.