

1^ο Ειδικό Συνέδριο
Τα μυστικά της Θεραπευτικής Στρατηγικής του καρκίνου του Οισοφάγου και του Στομάχου
26 - 27 Φεβρουαρίου 2016 - Ξενοδοχείο Nikropolis - Θεσσαλονίκη

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ & ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε με κεφαλαία γράμματα το δελτίο
και να το αποστείλετε στη Γραμματεία του Συνεδρίου:

GLOBAL EVENTS, Τηλ.: 2310247734, 2310247743, fax: 2310247746, email: chryssa@globalevents.gr

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΟΥ

| | | | | |
|-------------|--|---|--|--|
| Επώνυμο: | Όνομα: | | | |
| Ειδικότητα: | Χειρουργός <input type="checkbox"/> | Ογκολόγος <input type="checkbox"/> | Παθολόγος <input type="checkbox"/> | Γεν. Ιατρός <input type="checkbox"/> |
| | Άλλη Ειδικότητα <input type="checkbox"/> | | | |
| Ιδιότητα: | Ειδικός <input type="checkbox"/> | Ειδικευόμενος/νη <input type="checkbox"/> | Νοσηλεύτης/τρια <input type="checkbox"/> | Φοιτητής/τρια <input type="checkbox"/> |
| Εργασία: | Ιατρός ΕΣΥ <input type="checkbox"/> | Πανεπιστημιακός <input type="checkbox"/> | ΠΕΔΥ <input type="checkbox"/> | Στρατιωτικός <input type="checkbox"/> |
| | Ιδιωτικό Νοσοκομείο <input type="checkbox"/> | Ιδιωτικό Ιατρείο <input type="checkbox"/> | Σύμβαση ΕΟΠΥΥ <input type="checkbox"/> | |
| Διεύθυνση: | | | | |
| Πόλη: | Τ.Κ.: | | | |
| Τηλ.: | Κινητό: | | Fax: | |
| Email: | | | | |

B. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | ΚΟΣΤΟΣ |
|----------------------|---------------------------------|
| Ειδικοί Ιατροί | 50 € <input type="checkbox"/> |
| Ειδικευόμενοι Ιατροί | 30 € <input type="checkbox"/> |
| Νοσηλεύτες/Φοιτητές | ΔΩΡΕΑΝ <input type="checkbox"/> |

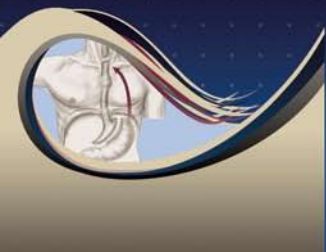
*Το κόστος συμμετοχής για τους πρώτους 20 ειδικευόμενους, οι οποίοι θα δηλώσουν συμμετοχή, θα είναι προσφορά του προέδρου του Συνεδρίου Ι. Κανέλλου στη μνήμη των γονιών του, Δημητρίου και Βασιλικής

** Παρακαλώ σημειώστε ότι αφορά τους προπτυχιακούς φοιτητές με την επίδειξη της φοιτητικής τους ταυτότητας.

Επίσης η δωρεάν εγγραφή αφορά μόνο στην παρακολούθηση χωρίς καμία παροχή πέραν του πιστοποιητικού παρακολούθησης

Το δικαίωμα συμμετοχής για την κατηγορία **Ειδικοί, Ειδικευόμενοι** περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση Συνεδρίου
- Συνεδριακό Υλικό
- Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο
- Πιστοποιητικό Συμμετοχής



1^ο Ειδικό Συνέδριο
Τα μυστικά της Θεραπευτικής Στρατηγικής του καρκίνου του Οισοφάγου και του Στομάχου
26 - 27 Φεβρουαρίου 2016 - Ξενοδοχείο Nikopolis - Θεσσαλονίκη

Γ. ΔΙΑΜΟΝΗ

Ημερομηνία άφιξης: Ημερομηνία αναχώρησης:

| Ξενοδοχείο | Δίκλινο δωμάτιο για μονόκλινη χρήση | Αριθμός διανυκτερεύσεων |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| ΝΙΚΟΠΟΛΙΣ | 115€ <input type="checkbox"/> | Χ |
| ΤΕΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ | | |

**Η παραπάνω τιμή είναι ανά ημέρα και περιλαμβάνει πρωινό και όλους τους νόμιμους φόρους.
Η ελάχιστη διαμονή ανά δωμάτιο είναι 2 διανυκτερεύσεις.**

ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ

- Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται
- Για γραπτές ακυρώσεις που θα σταλούν πριν τις 30/11/2015: **Δεν χρεώνονται ακυρωτικά**
- Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων ή μειώσεις διανυκτερεύσεων που θα σταλούν μεταξύ 01/12/2015 και 15/12/2015: **50%** ακυρωτικά.
- Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων ή μειώσεις διανυκτερεύσεων που θα σταλούν μετά τις 15/12/2015: **100%** ακυρωτικά.

ΟΡΟΙ & ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

- Βασική προϋπόθεση για την κράτηση δωματίων είναι η καταβολή της αξίας μιας διανυκτέρευσης ανά δωμάτιο. Ολόκληρο το ποσό θα πρέπει να καταβληθεί το αργότερο μέχρι τις **25/01/2016**.
- Το δικαίωμα συμμετοχής και η αξία μιας διανυκτέρευσης θα πρέπει να καταβληθούν με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

❖ Μέσω τραπεζής:

ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Αριθμ. Λογαρ.: **878/201858-63**

Εις διαταγή: GLOBAL EVENTS

IBAN No: GR76 0110 8780 0000 8782 0185 863

SWIFT CODE: ETHNGRAA

ALPHA BANK

Αριθμ. Λογαρ.: **480 002 002 002694**

Εις διαταγή: GLOBAL EVENTS

IBAN No: GR 2501404800480002002002694

SWIFT CODE: CRBAGRAAXX

EFG EUROBANK ERGASIAS BANK

Αριθμ. Λογαρ.: **0026.0366.91.0200197785**

Εις διαταγή: GLOBAL EVENTS

IBAN No: GR 2302603660000910200197785

SWIFT CODE: ERBKGRAA

❖ Με χρέωση πιστωτικής κάρτας, συμπληρώνοντας κατάλληλα τα κατωτέρω στοιχεία:

VISA

MASTERCARD

AMERICAN EXPRESS

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|
| Όνομα κατόχου: | | | | |
| Αριθμός κάρτας: | | | | |
| Ημερομηνία λήξης: | Παρακαλούμε συμπληρώστε τα τρία τελευταία νούμερα από τον αριθμό στο πίσω μέρος της κάρτας | | | |
| Συνολικό ποσό πληρωμής: | | | | |
| Για τη συμμετοχή του/της: | | | | |

Δηλώνω ότι έχω κατανοήσει πλήρως τους όρους κρατήσεων και ακυρώσεων και αποδέχομαι τα παραπάνω ποσά που έχω δηλώσει καθώς και τη χρέωση της κάρτας μου.

Ημερομηνία

Υπογραφή