

ΔΕΛΤΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ & ΚΡΑΤΗΣΕΩΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ

Παρακαλούμε αποστείλατε το Δελτίο συμπληρωμένο με κεφαλαία γράμματα στη Γραμματεία του Συμποσίου: ERA ΕΠΕ, Ασκληπείου 17, 106 80 Αθήνα, Τηλ.: 210 3634 944, Fax: 210 3631 690, e-mail: info@era.gr, Web Site: www.era.gr

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

ΤΙΤΛΟΣ: _____

ΤΜΗΜΑ: _____

ΚΛΙΝΙΚΗ / ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ : _____

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: _____

Τ.Κ.: _____ ΠΟΛΗ: _____

ΤΗΛ.: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

I. ΕΓΓΡΑΦΗ

Ειδικευμένοι	<input type="checkbox"/>	ΔΩΡΕΑΝ
Ειδικευόμενοι	<input type="checkbox"/>	ΔΩΡΕΑΝ
Νοσηλεύτες & Φοιτητές	<input type="checkbox"/>	ΔΩΡΕΑΝ
Μέλη Συλλόγων Καρκινοπαθών	<input type="checkbox"/>	ΔΩΡΕΑΝ

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει: Παρακολούθηση των Επιστημονικών Συνεδριάσεων, Συνεδριακό Ψηφίο, Διάλειμμα καφέ, Δεξίωση Υποδοχής, Πιστοποιητικό παρακολούθησης.

II. ΔΙΑΜΟΝΗ

Ημερομηνία Άφιξης ____/____/____ Ημερομηνία Αναχώρησης ____/____/____

ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΤΙΜΕΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ ΜΕ ΠΡΩΪΝΟ ΚΑΙ ΦΟΡΟΥΣ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	Μονόκλινο	Δίκλινο	ΣΥΝΟΛΟ ΣΕ €
ΚΟΥΡΟΣ HOTEL	€ 80	€ 100	
		ΣΥΝΟΛΟ	€ _____

III. ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ

- Για ακυρώσεις δωματίων μέχρι τις 20/01/2016 δεν υπάρχουν ακυρωτικά τέλη.
- Για ακυρώσεις δωματίων από τις 20/01/2016 μέχρι τις 15/02/2016 υπάρχουν ακυρωτικά τέλη, για 1 νύχτα.
- Σε περίπτωση ακύρωσης μετά τις 15/02/2016 υπάρχουν 100% ακυρωτικά τέλη του συνόλου των διανυκτερεύσεων.

IV. ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η πληρωμή της Διαμονής μπορεί να γίνει με:

- Τραπεζικό έμβασμα στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: ERA ΕΠΕ - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307, IBAN: GR66 0140 1010 1010 0200 2044 307
- Πιστωτική κάρτα (3% προσαύξηση για πληρωμή μέσω πιστωτικής κάρτας)

• Εξουσιοδοτώ την ERA ΕΠΕ όπως χρεώσει την κάρτα μου με το ποσό των _____ €

Αριθμός Κάρτας _____ Ημερ. Λήξης _____ / _____

Κάρτα: MASTER CARD VISA AMERICAN EXPRESS

Υπογραφή _____

Ημερομηνία ____/____/____