



SIS-E ATHENS 2018

31st European Annual

CONGRESS ON SURGICAL INFECTIONS

Ξενοδοχείο Crowne Plaza, 7 – 9 Ιουνίου, 2018

Επίθετο:

Όνομα: Ειδικότητα:

Κινητό τηλ. Σταθερό τηλ:

E-mail*:

*Παρακαλούμε συμπληρώστε απαραίτητα αυτό το πεδίο. Οποιαδήποτε επιβεβαίωση θα αποστέλλεται μόνο μέσω **e-mail**.

I. Εγγραφή

Κατηγορία εγγραφής	Κόστος
Έλληνες Ιατροί	€ 200
ΣΥΝΟΛΟ (I)	€

Η εγγραφή για όλους τους συνέδρους περιλαμβάνει:

Παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, πρόσβαση στον εκθεσιακό χώρο, συνεδριακό υλικό, πιστοποιητικό παρακολούθησης, διαλείμματα καφέ & ελαφρού γεύματος, & Δεξίωση Υποδοχής.

Κατά την τιμολόγηση οι τιμές των εγγραφών **επιβαρύνονται με 24% ΦΠΑ**

II. Διαμονή

Ημ/νία άφιξης: / 06/ 2018	Ημ/νία αναχώρησης: / 06/ 2018	Σύνολο διαν/σεων:	
Συνεδριακό ξενοδοχείο	Μονόκλινο	Δίκλινο	Χ διανυκτερεύσεις
CROWNE PLAZA	150 €	165 €	Χ.....
ΣΥΝΟΛΟ (II)			€

- Οι τιμές υπόκεινται σε φόρο διαμονής 4€ ανά δωμάτιο ανά διανυκτέρευση, ο οποίος εξοφλείται από τον ίδιο τον πελάτη κατά την άφιξη.
- Μίνιμουμ αριθμός διανυκτερεύσεων: 3.

Ακυρώσεις

Δικαίωμα Συμμετοχής

• Το Δικαίωμα συμμετοχής στο συνέδριο δεν επιστρέφεται.

Διαμονή

Για την επιβεβαίωση της διαμονής απαιτείται προκαταβολή ίση με μια διανυκτέρευση

- Οποιαδήποτε αλλαγή ή ακύρωση κράτησης πρέπει να αποστέλλεται γραπτώς στην ERA ΕΠΕ.
- Για ακυρώσεις διαμονής μέχρι την 1^η Μαρτίου: επιστροφή της προκαταβολής μείον 20€ για έξοδα διαχείρισης.
- Για ακυρώσεις διαμονής από 1^η Μαρτίου έως 30 Απριλίου: ακυρωτικά τέλη ίσα με μία διανυκτέρευση
- Για ακυρώσεις διαμονής μετά την 1^η Μαΐου: 100% ακυρωτικά τέλη επί του συνολικού κόστους

Τρόποι Πληρωμής

Η πλήρης εξόφληση της εγγραφής και της διαμονής πρέπει να γίνει στην ERA μέχρι τις 30 Απριλίου 2018.

Η πληρωμή της Συμμετοχής και της Διαμονής μπορεί να γίνει με:

- **Τραπεζικό έμβασμα** στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: ERA ΕΠΕ - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307, IBAN Νο GR66 0140 1010 1010 0200 2044 307 αναφέροντας το Συνέδριο καθώς και το όνομα του συμμετέχοντος
- **Πιστωτική κάρτα**
 - Εξουσιοδοτώ την ERA ΕΠΕ όπως χρεώσει την κάρτα μου με το ποσό
 - Εξουσιοδοτώ την ERA ΕΠΕ όπως προβεί σε εξόφληση του υπολοίπου μου έως τις 23 Μαρτίου 2016.

VISA MASTERCARD AMEX

Αρ. Κάρτας:

Ημ/νία λήξης: / CVV.....

Όνομα κατόχου:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: / /