

# ΕΑΡΙΝΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ  
& ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ



## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Παρακαλούμε αποστείλατε το Δελτίο συμπληρωμένο με κεφαλαία γράμματα στη Γραμματεία του Συνεδρίου:  
era Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα, **Τηλ:** 210 3634 944, **Fax:** 210 3631 690, **E-mail:** [info@era.gr](mailto:info@era.gr) **Web Site:** [www.era.gr](http://www.era.gr)

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_ ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΦΟΡΕΑΣ: \_\_\_\_\_ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: \_\_\_\_\_

Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_ ΠΟΛΗ: \_\_\_\_\_

ΚΙΝΗΤΟ: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

### Δικαίωμα Συμμετοχής – Εγγραφές

Μέλος ΕΔΑΕ ..... Δωρεάν  Ειδικός  Ειδικευόμενος  Φοιτητής

Ιατροί άλλων ειδικοτήτων (ειδικοί ή ειδικευόμενοι)\*...200€

Νοσηλευτές/Φοιτητές Ιατρικής\*.....Δωρεάν

\*Μόνο με την επίδειξη της ιατρικής ή φοιτητικής ταυτότητας ή αποδεικτικού της νοσηλευτικής ιδιότητας σε Δερματολογική Κλινική Δημοσίου Νοσοκομείου

**Η Συμμετοχή στη Διημερίδα περιλαμβάνει:** Υλικό Διημερίδας, Συμμετοχή στις επιστημονικές συνεδριάσεις, καφέ, ελαφρύ γεύμα  
**Παρακαλούμε όπως επιστρέψετε συμπληρωμένο το έντυπο στην ERA ΕΠΕ το αργότερο έως τις 15 Μαρτίου 2018**

✓ Οι τιμές δωματίων για διανυκτέρευση με πρωινό στο ξενοδοχείο Makedonia Palace είναι:  
**Μονόκλινο/Δίκλινο 150€**

Μονόκλινο Check in \_\_\_/\_\_\_/2018 Check out \_\_\_/\_\_\_/2018

Δίκλινο (για 2 Ε.Υ. που μοιράζονται το ίδιο δωμάτιο)

Από 1/1/2018 επιβάλλεται φόρος υπέρ του Δημοσίου με την ονομασία «Φόρος Διαμονής» σε ξενοδοχεία και λοιπά τουριστικά καταλύματα. Ο φόρος αυτός επιβάλλεται ανά ημερήσια χρήση δωματίου ως εξής: • **5 αστέρων: 4,00€** - Ο φόρος αυτός είναι πληρωτέος από τον κάθε συμμετέχοντα/πελάτη κατά την αναχώρησή του από το ξενοδοχείο

### ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η πληρωμή διαμονής ή επιπλέον χρεώσεων μπορεί να γίνει με:

▪ **Τραπεζικό έμβασμα** στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: **ERA ΕΠΕ** - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307, IBAN No GR66 0140 1010 1010 0200 2044 307 (αναφέροντας **το όνομα του Συνεδρίου & το όνομα του συμμετέχοντος**)

▪ **Πιστωτική κάρτα**

Εξουσιοδοτώ την **ERA ΕΠΕ** όπως χρεώσει την κάρτα μου με το ποσό \_\_\_\_\_ (€) Ευρώ

MASTER CARD  VISA

Αριθμός Κάρτας \_\_\_\_\_ Ημερ. Λήξης \_\_\_/\_\_\_

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_