

**ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

**Επώνυμο ............................................................................................................................**

**Όνομα .................................................................................................................................**

**Νοσοκομείο .......................................................................................................................**

**Email ...........................................................................Τηλέφωνο.....................................**

|  |
| --- |
| **EΓΓΡΑΦΗ ΜΕ ΦΥΣΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ** |
| Ειδικευμένοι |  **140 € ⬜** |
| Αγροτικοί ιατροί (αποκλειστικά από Κρήτη) |  **Δωρεάν ⬜** |
| Ειδικευόμενοι |  **50 € ⬜** |
| Ειδικευόμενοι (αποκλειστικά από Κρήτη) |  **Δωρεάν ⬜** |
| Νοσηλευτές |  **Δωρεάν ⬜** |
| Φοιτητές/τριες |  **Δωρεάν ⬜** |

*Τα ανωτέρω κόστη εγγραφών επιβαρύνονται με 24% ΦΠΑ*

*Αφού συμπληρώσετε τα στοιχεία σας, παρακαλούμε όπως αποστείλετε το έντυπο στο* ***Οργανωτικο΄Γραφείο CTM INTERNATIONAL S.A.***

*στο* ***email:*** ***epapastavropoulou@ctmi.gr***Τηλ 210 3244932, Βασ. Σοφίας 131, ΤΚ 11521 Αθήνα