



2^ο ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΟΜΑΔΑΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Σάββατο 24 Σεπτεμβρίου 2016

Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

ΔΕΛΤΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε το Δελτίο Εγγραφής με **πεζοκεφαλαίους** χαρακτήρες και το αποστείλετε **με φαξ ή e-mail** προς τον **Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων-Διατροφολόγων** (τηλ.: 210 6984400, fax: 210 6427801, e-mail: grammateia@hda.gr)

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΟΥ (υποχρεωτικά πεδία)	
Επώνυμο:	
Όνομα:	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας:	
Πόλη:	T.K.:
Τηλ.:	e-mail*:
Κινητό Τηλ.:	Fax:
Ιδιότητα / Θέση / Τίτλος – Φορέας (βλ. παράδειγμα)	<i>Παράδειγμα: Κλινικός Διαιτολόγος, Νοσοκομείο Παιδών “Η Αγία Σοφία”</i>

* Η επικοινωνία – ενημέρωση γίνεται **μόνο** ηλεκτρονικά επομένως είναι **απαραίτητη** η αναγραφή του e-mail

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
Διαιτολόγοι*, Μέλη ΠΣΔΔ	10 € <input type="checkbox"/>
Διαιτολόγοι, Μη Μέλη ΠΣΔΔ	15 € <input type="checkbox"/>
Φοιτητές**	10 € <input type="checkbox"/>

* Μέλη με τακτοποιημένη συνδρομή μέχρι και το έτος 2016

** Απαραίτητη προϋπόθεση η προσκόμιση φοιτητικής ταυτότητας

Στην εγγραφή περιλαμβάνονται:

- Παρακολούθηση επιστημονικού προγράμματος
- Διάλειμμα καφέ
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης

Εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από τη λήψη του Δελτίου Εγγραφής και την ταυτόχρονη εξόφληση της εγγραφής σας, θα σας αποσταλεί επιβεβαίωση εγγραφής μέσω email. Σε περίπτωση που δε λάβετε τη σχετική βεβαίωση, παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με τον **Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων-Διατροφολόγων**.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ / ΑΚΥΡΩΣΗ-ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Προεγγραφές γίνονται με τη συμπλήρωση και την αποστολή του δελτίου εγγραφής, μέχρι και τις **22 Σεπτεμβρίου 2016**. Μετά τις 22 Σεπτεμβρίου 2016, εγγραφές θα γίνονται δεκτές μόνο στη Γραμματεία του συμποσίου, η οποία θα λειτουργεί στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου.

Αντίγραφο του αποδεικτικού κατάθεσης συνοδεύεται απαραίτητως από το παρόν δελτίο, το οποίο υποβάλλεται συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο, προκειμένου να μπορεί να γίνει η σχετική ταυτοποίηση των στοιχείων. Οι εγγραφές, οι οποίες δεν θα έχουν εξοφληθεί μέχρι και τις 22 Σεπτεμβρίου 2016, θα θεωρούνται άκυρες και δε θα ληφθούν υπόψη.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η καταβολή του δικαιώματος συμμετοχής μπορεί να γίνει **μόνο με μετρητά**. Προσωπικές επιταγές **δεν** γίνονται δεκτές. Μπορείτε να επισκέπτεστε το γραφείο του Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων-Διατροφολόγων (15.30-19.30) ή να καταθέσετε το ποσό του δικαιώματος συμμετοχής στον παρακάτω τραπεζικό λογαριασμό:

Τράπεζα: ALPHA BANK

Αριθμός Λογαριασμού: 164-00-2002-000-772 **IBAN:** GR 610-140-1640-164-00-2002-000-772

Δικαιούχος: ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ

Παρακαλούμε όπως αναφέρετε το ονοματεπώνυμό σας στην αιτιολογία κατάθεσης.

ΤΡΟΠΟΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ

Παρακαλούμε επιλέξτε αν θέλετε να εκδοθεί:

Απόδειξη*

Τιμολόγιο*

Σε περίπτωση που επιθυμείτε την έκδοση **τιμολογίου**, παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία:

Όνομα προσώπου / Επωνυμία Εταιρείας

Επάγγελμα / Τομέας δραστηριοποίησης:

Α.Φ.Μ.:

Δ.Ο.Υ.:

Διεύθυνση:

* Σε περίπτωση που δεν επιλέξετε ένα από τα δύο, εκδίδεται αυτομάτως απόδειξη.

Σας ενημερώνουμε ότι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, που συλλέγονται από το παρόν Δελτίο Εγγραφής, χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για την εκπλήρωση των σκοπών της εγγραφής σας στο Συμπόσιο. Σε καμία περίπτωση δεν πωλούνται, ενοικιάζονται ή καθ' οιονδήποτε τρόπο διαβιβάζονται ή / και κοινοποιούνται σε τρίτους, η δε επεξεργασία και διαχείρισή τους υπόκειται στις σχετικές διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας και του ευρωπαϊκού δικαίου για την προστασία του ατόμου και την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση της διαδικασίας εγγραφής στο **2ο Συμπόσιο Ομάδας Ειδικών Κλινικής Διατροφής** καθώς και του όρου που ισχύει για την ακύρωση της εγγραφής, τους οποίους και αποδέχομαι χωρίς καμία επιφύλαξη.

Ημερομηνία : ____/____/____

Υπογραφή _____