# 13ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER (PICAD) &

**5ο ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (MeCoND)**

**9-12 Φεβρουαρίου 2023**

 Δελτίο Εγγραφής

Να συμπληρωθεί και να αποσταλεί στη Γραμματεία του Συνεδρίου:

Π. Συνδίκα 13, 546 43, Θεσσαλονίκη - Τηλ: 2310 810411 - Fax: 2310 925802

Email: info@alzheimer-hellas.gr

 Ονοματεπώνυμο:…………………………….………………………………………………….

(Με το παρόν όνομα θα μπορείτε να προβείτε σε διαδικτυακή σύνδεση στο συνέδριο-επιλέξτε πλήρες όνομα ή υποκοριστικό, ελληνικούς ή λατινικούς χαρακτήρες κλπ)

Επάγγελμα:…………………………………………………………….…………………….…..

Ειδικότητα: …………………………………………………………….………………………..

Ίδρυμα/Φορέας/ Χώρος Εργασίας: ………………………………………………….………….

Διεύθυνση……………………………………………………….………………………..………

Τηλ. σταθ.:…………………………………Τηλ. κιν.:…………..…………………………..…..

Fax………………………………………E-mail: ………..…………………………………..….

**□**

 Θα συμμετάσχω στο συνέδριο με

 φυσική παρουσία

 διαδικτυακά

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ιδιότητα | Πρώιμη Εγγραφή(Μέχρι 30 Νοεμβρίου 2022) | Βασική Χρέωση(1η Δεκεμβρίου 2022 –31 Ιανουαρίου 2023) | Εγγραφή1η Φεβρουαρίου 2023 - επί τόπου |
| Ειδικοί Ιατροί | 60 EUR | 70 EUR | 80 EUR |
| Ειδικευόμενοι Ιατροί | 30 EUR | 40 EUR | 50 EUR |
| Άλλοι επαγγελματίες | 20 EUR | 25 EUR | 30 EUR |
| Φοιτητές | 10 EUR | 15 EUR | 20 EUR |
| Περιθάλποντες | 10 EUR | 10 EUR | 10 EUR |

Μετά την κατάθεση (μπορείτε και με e-banking) στον κάτωθι τραπεζικό λογαριασμό για τη συμμετοχή σας, αποστείλατε το αποδεικτικό κατάθεσης με **e-mail στο** **info@alzheimer-hellas.gr****.**

 Σε περίπτωση πληρωμής μέσω web banking από άλλη τράπεζα εκτός ΑLPHA BANK , παρακαλείσθε όπως

 τα **έξοδα της τραπεζικής συναλλαγής βαρύνουν αποκλειστικά τον εντολέα** (πρέπει να τσεκάρετε την

 ένδειξη OUR και όχι την ένδειξη SHA).

**Δικαιούχος: Πανελλήνιο Ινστιτούτο Νευροεκφυλιστικών Νοσημάτων Αρ. Λογαριασμού: 705002002012506**

**Τράπεζα: ALPHA BANK S.A. THESSALONIKH HARILAOU, 25 MARTIOU (705) BIC:CRBAGRAAXXX**

**IBAN Code:GR6301407050705002002012506**