

# 9<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Παχυσαρκίας

## 1-3 Μαρτίου 2012, Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



Παρακαλούμε συμπληρώστε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα και αποστείλετε το παρόν Δελτίο Συμμετοχής στη Γραμματεία του Συνεδρίου :  
 TRIAENA TOURS & CONGRESS A.E.  
 Λεωφ. Συγγρού 206, 176 72 Καλλιθέα  
 Τηλ.: 210-7499318, 210 -7499300 Fax: 210-7705752  
 E-mail: 9pisp@triaenatours.gr, [www.triaenatours.gr](http://www.triaenatours.gr)

ΕΠΩΝΥΜΟ _____
ΟΝΟΜΑ _____
ΤΙΤΛΟΣ _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ _____
ΠΟΛΗ _____
ΤΗΛ. _____
FAX _____
E-MAIL _____

### ➤ ΕΞΟΔΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Τύπος εγγραφής	Μέχρι 20/1/2012	Μετά τις 21/1/2012
Ιατροί ( μέλη ΕΙΕΠ )	100 € <input type="checkbox"/>	130 € <input type="checkbox"/>
Ιατροί ( μη μέλη ΕΙΕΠ )	120 € <input type="checkbox"/>	150 € <input type="checkbox"/>
Διαιτολόγοι, νοσηλευτές άλλες ειδικότητες ( μέλη ΕΙΕΠ )	80 € <input type="checkbox"/>	100 € <input type="checkbox"/>
Διαιτολόγοι, νοσηλευτές άλλες ειδικότητες ( μη μέλη ΕΙΕΠ )	90 € <input type="checkbox"/>	110 € <input type="checkbox"/>
Ειδικευόμενοι, μεταπτυχιακοί φοιτητές ( μέλη ΕΙΕΠ )	50 € <input type="checkbox"/>	70 € <input type="checkbox"/>
Ειδικευόμενοι, μεταπτυχιακοί φοιτητές ( μη μέλη ΕΙΕΠ )	60 € <input type="checkbox"/>	80 € <input type="checkbox"/>
Φοιτητές	Δωρεάν <input type="checkbox"/>	Δωρεάν <input type="checkbox"/>

### Τα έξοδα συμμετοχής περιλαμβάνουν :

Για τους Ιατρούς, Διαιτολόγους Ειδικευόμενους Ιατρούς, Μεταπτυχιακούς Φοιτητές, Νοσηλευτές, Άλλες Ειδικότητες ( Μέλη και μη Μέλη ΕΙΕΠ ) περιλαμβάνει:

- ✓ Παρακολούθηση επιστημονικού προγράμματος
- ✓ Συμμετοχή στην τελετή έναρξης
- ✓ Είσοδος στην έκθεση
- ✓ Συνεδριακό υλικό
- ✓ Πιστοποιητικό Συμμετοχής
- ✓ Καφέ στα διαλείμματα

Για τους Φοιτητές περιλαμβάνει:

- ✓ Παρακολούθηση επιστημονικού προγράμματος
- ✓ Συμμετοχή στην τελετή έναρξης
- ✓ Είσοδος στην έκθεση
- ✓ Πρόγραμμα συνεδρίου
- ✓ Πιστοποιητικό Συμμετοχής
- ✓ Καφέ στα διαλείμματα

\* Οι φοιτητές θα πρέπει να παρακολουθήσουν τουλάχιστον 6 από τις 7 στρογγύλες τράπεζες του επιστημονικού προγράμματος για να παραλάβουν το πιστοποιητικό συμμετοχής συμπεριλαμβανομένων των μορίων συνεχιζόμενης ιατρικής μεταπτυχιακής εκπαίδευσης

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ & ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΩΜΑΤΙΟΥ

9<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Παχυσαρκίας  
1-3 Μαρτίου 2012, Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα

➤ ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ

✓ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΦΙΞΗΣ: \_\_/\_\_/03/2012

✓ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ: \_\_/\_\_/03/2012

Ημερήσιες Τιμές Δωματίων με Πρωινό και φόρους

Όνομα Ξενοδοχείου	Κατηγορία	Μονόκλινο Δωμάτιο	Δίκλινο Δωμάτιο	Αριθμός Διανυκτερεύσεων	Σύνολο σε €
Divani Caravel	Deluxe	150 € <input type="checkbox"/>	170 € <input type="checkbox"/>		

➤ ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ

❖ Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται

- ❖ Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων μέχρι τις 20/01/12: Δεν χρεώνονται ακυρωτικά
- ❖ Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων ή μειώσεις διανυκτερεύσεων που θα σταλούν μεταξύ 21/01/12 και 10/02/12 : **50%** ακυρωτικά
- ❖ Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων ή μειώσεις διανυκτερεύσεων που θα σταλούν μετά τις 11/02/12: **100%** ακυρωτικά

➤ ΟΡΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

- ❖ Βασική προϋπόθεση για την κράτηση δωματίων είναι η καταβολή της αξίας μιας διανυκτέρευσης ανά δωμάτιο
- ❖ Ολόκληρο το ποσόν πρέπει να σταλεί **το αργότερο μέχρι τις 25/01/12**, με έναν από τους κάτωθι τρόπους :
- ❖ **Με ταχυδρομική ή τραπεζική επιταγή**, εις διαταγήν **Τρίαενα Tours & Congress A.E.**, αναφέροντας το όνομα του Συνεδρίου και το όνομα του συμμετέχοντος
- ❖ **Μέσω Τραπεζής** (παρακαλούμε όπως **αποστείλετε το καταθετήριο με fax** (210 7705752) αναγράφοντας το όνομα του συμμετέχοντος & τον κωδικό του συνεδρίου AA/6005/12).

EFG EUROBANK ERGASIAS

Αριθμός Λογαριασμού : 0260620200098107154

IBAN No. GR 5702600620000150200098107

εις διαταγήν: TRIAENA TOURS & CONGRESS A.E.

Swift Code: E F G B G R A A

- ❖ **Με χρέωση πιστωτικής κάρτας**, συμπληρώνοντας κατάλληλα τα κατωτέρω στοιχεία:

Εξουσιοδοτώ την Τρίαενα Tours & Congress AE να χρεώσει την πιστωτική μου κάρτα με το ποσό των € \_\_\_\_\_

Αρ. Κάρτας

Παρακαλούμε συμπληρώστε **τα 3 τελευταία νούμερα** στο πίσω μέρος της κάρτας

Ημερ. Λήξης: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Ισχύει από : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο Δικαιούχου κάρτας \_\_\_\_\_

Visa

Diners

American Express

Mastercard

Ημερομηνία: \_\_/\_\_/\_\_

Υπογραφή :

- ❖ Προσωπικές επιταγές δεν γίνονται δεκτές