

## ΔΕΛΤΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ & ΚΡΑΤΗΣΕΩΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ

Παρακαλούμε αποστείλτε το Δελτίο συμπληρωμένο με κεφαλαία γράμματα στη Γραμματεία των Σεμιναρίων:  
ERA ΕΠΕ, Ασκληπείου 17, 106 80 Αθήνα, Τηλ: 210 3634 944, 3632 950, Fax: 210 3631 690  
E-mail: info@era.gr Web Site: www.era.gr

ΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΟΝΟΜΑ: .....

ΤΙΤΛΟΣ: .....

ΤΜΗΜΑ: .....

ΚΛΙΝΙΚΗ / ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: .....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ..... Τ.Κ.: ..... ΠΟΛΗ: .....

ΤΗΛ: ..... FAX: .....

E-MAIL: .....

### I. ΕΓΓΡΑΦΗ

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

ΔΩΡΕΑΝ

*Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει: Παρακολούθηση των Επιστημονικών Συνεδριάσεων, Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο, Συνεδριακό Υλικό, Διαλείμματα καφέ, Πιστοποιητικό παρακολούθησης.*

## II. ΔΙΑΜΟΝΗ

Οι κατωτέρω τιμές αφορούν ημερήσιες τιμές με πρωινό και φόρους

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	Μονόκλινο / Δίκλινο	X Νύχτες	ΣΥΝΟΛΟ ΣΕ €
CROWNE PLAZA HOTEL	€ 150	X.....	

ΣΥΝΟΛΟ (II):

## III. ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ

- Για ακυρώσεις δωματίων μέχρι τις 20/10/2018 δεν υπάρχουν ακυρωτικά τέλη.
- Για ακυρώσεις δωματίων από τις 21/10/2018 μέχρι τις 05/11/2018 υπάρχουν ακυρωτικά τέλη, για 1 νύχτα.
- Σε περίπτωση ακύρωσης μετά τις 05/11/2018 υπάρχουν 100% ακυρωτικά τέλη του συνόλου των διανυκτερεύσεων.

## IV. ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η πληρωμή της Διαμονής μπορεί να γίνει με:

- Τραπεζικό έμβασμα στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή:  
ERA ΕΠΕ - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307, IBAN: GR66 0140 1010 1010 0200 2044 307
- Πιστωτική κάρτα (3% προσαύξηση για πληρωμή μέσω πιστωτικής κάρτας)

Εξουσιοδοτώ την ERA ΕΠΕ όπως χρεώσει την κάρτα μου με το ποσό .....ΕΥΡΩ

Αριθμός Κάρτας.....

Ημερ. Λήξης ...../.....

MASTER CARD

VISA

AMERICAN EXPRESS

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018