**ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΗΜΕΡΙΔΑΣ**

**Παρακαλούμε να συμπληρώσετε με κεφαλαία γράμματα το δελτίο και να το αποστείλετε στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις**

[**Kyat.evosmos@n3.syzefxis.gov.gr**](mailto:Kyat.evosmos@n3.syzefxis.gov.gr) **ή** [**dafnistav@gmail.com**](mailto:dafnistav@gmail.com)

# A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επώνυμο:** |  |  | **Όνομα:** |  |
| **Ιδιότητα:** | **Ιατρός** | **Εκπαιδευτικός** | | **Επισκέπτης Υγείας** |
|  | **Νοσηλευτής** | **Μαία** | | **Κοινωνικός Λειτουργός**  **Άλλο** |
| **ΦΟΡΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ** |  |  | |  |
| **Τ.Κ.:** |  | **Πόλη:** | |  |
| **Τηλ.:** |  | **Fax:** | | **Κινητό:** |
| **Email:** |  |  | |  |

# Β. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ΚΟΣΤΟΣ** |
| Ιατροί | ΔΩΡΕΑΝ |
| Εκπαιδευτικοί | ΔΩΡΕΑΝ |
| Άλλοι επαγγελματίες υγείας | ΔΩΡΕΑΝ |

**Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:**

* Παρακολούθηση Ημερίδας
* Διάλειμμα καφέ
* Πιστοποιητικό συμμετοχής