

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΑΘΗΝΑ, 30-31 ΜΑΡΤΙΟΥ 2018

ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

		ΕΛΛΗΝΙΚΑ	ΑΓΓΛΙΚΑ
Όνοματεπώνυμο			
Πατρώνυμο			
Ιδιότητα			
Διεύθυνση	Τηλέφωνο		
Email			

Επιθυμώ να παρακολουθήσω το πρόγραμμα εκπαίδευσης «**Ιατρική Διαμεσολάβηση στην Πράξη**», κατά τις ημέρες **30 και 31 Μαρτίου 2018**, στην Αθήνα.

Δίδακτρα: **990,00 Ευρώ**

Τρόπος Πληρωμής:

Κατάθεση σε τραπεζικό λογαριασμό:

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΕΛΚΕΔ / ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΑΡ. ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ : 213/001044-82

IBAN: GR2701102130000021300104482

Σημείωση: Τα έξοδα τραπεζής, καταβάλλονται από τον εντολέα

Με πιστωτική κάρτα:

Παρακαλώ συμπληρώστε την παρακάτω φόρμα:

Τύπος Κάρτας:	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard
Κάτοχος Κάρτας	_____	
Αριθμός Κάρτας	_____	
Τριψήφιο Νούμερο	_____	
Ημερομηνία Λήξης	_____	

Εγώ ο _____ του _____
εξουσιοδοτώ το Ελληνικό Κέντρο Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών (ΕΛΚΕΔ) με
έδρα τη Θεσσαλονίκη, Δωδεκανήσου 15, τ.κ 54626, να χρεώσει την πιστωτική
μου κάρτα με το ποσό των *990,00 ευρώ*. Η πληρωμή αυτή αφορά τα δίδακτρα για
το - πρόγραμμα με τίτλο «**ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ**» 30 και 31
ΜΑΡΤΙΟΥ 2018. Βεβαιώνω ότι είμαι εξουσιοδοτημένος χρήστης αυτής της
πιστωτικής κάρτας και δε θα αμφισβητήσω την πληρωμή εφ 'όσον η συναλλαγή
αντιστοιχεί στους όρους που αναφέρονται σε αυτή τη φόρμα.

Υπογραφή _____ Ημερομηνία _____

** Παρακαλούμε όπως αποστείλετε με email στη διεύθυνση info@adrhellenic.com συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη την ως άνω δήλωση συμμετοχής με επισυναπτόμενη την απόδειξη μεταφοράς των διδάκτρων στους τραπεζικούς λογαριασμούς του ΕΛΚΕΔ.*

** Οι αιτήσεις συμμετοχής, καθώς και όλα τα προσωπικά δεδομένα των αιτούντων, διαγράφονται παντελώς μετά τη λήξη της εκπαίδευσης.*