

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Θεσσαλονίκη, 18-19 Μαρτίου 2017

INTERNATIONAL ADVANCED MEDIATION TRAINING IN HEALTH CARE

ΓΙΑ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΕΣ & ΔΙΚΗΓΟΡΟΥΣ

		ΕΛΛΗΝΙΚΑ	ΑΓΓΛΙΚΑ
Όνοματεπώνυμο			
Πατρώνυμο			
Ιδιότητα			
Διεύθυνση	Τηλέφωνο		
email			
ΑΦΜ	ΔΟΥ		

Επιθυμώ να παρακολουθήσω το 16ωρο πρόγραμμα εκπαίδευσης «INTERNATIONAL ADVANCED MEDIATION TRAINING IN HEALTH CARE», κατά τις ημέρες 18-19 Μαρτίου 2017, και ώρες 9.00 με 17.30, στη Θεσσαλονίκη.

Δίδακτρα: 490,00 Ευρώ

Τρόποι Πληρωμής:

1) Κατάθεση σε τραπεζικό λογαριασμό:

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΕΛΚΕΔ / ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΑΡ. ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ : 213/001044-82

IBAN: GR270110213000021300104482

Σημείωση: Τα έξοδα τραπεζής, καταβάλλονται από τον εντολέα

2) 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	_____	
Δόσεις	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>

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 *490,00 ευρώ*. Η πληρωμή αυτή αφορά τα δίδακτρα για το - πρόγραμμα με τίτλο
«INTERNATIONAL ADVANCED MEDIATION TRAINING IN HEALTH CARE» 18,19 Μαρτίου 2017.
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.*