

## ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ, ΚΡΑΤΗΣΕΩΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ & ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΩΝ ΕΙΣΙΤΗΡΙΩΝ

Παρακαλούμε αποστείλατε το Δελτίο συμπληρωμένο με κεφαλαία γράμματα στη Γραμματεία του Συνεδρίου:  
 ERA ΕΠΕ-Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα, Τηλ: 210 3634 944, Fax: 210 3631 690, E-mail: info@era.gr Web Site: www.era.gr

ΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΝΕΔΡΟΥ:		ΟΝΟΜΑ:
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:		T.K.:
ΠΟΛΗ:	ΤΗΛ.:	FAX:
E-MAIL:		

### I. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

	Εως την 1/09/2015	Μετά την 1/09/2015
Ειδικευμένοι	<input type="checkbox"/> 190 €	<input type="checkbox"/> 200 €
Ειδικευόμενοι	<input type="checkbox"/> 150 €	<input type="checkbox"/> 160 €
Νοσηλεύτές/Παραϊατρικό	<input type="checkbox"/> 140 €	<input type="checkbox"/> 150 €
Ανεργοί Αναισθησιολόγοι	ΔΩΡΕΑΝ	
Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ	
Κλινικό Φροντιστήριο ESRA HELLAS «Διαχείριση υγρών στην Περιφερειακή Αναισθησία»	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 15 €
Κλινικό Φροντιστήριο «Παρηγορική Φροντίδα σε ασθενείς με Χρόνια Νοσήματα»	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 15 €
Κλινικό Φροντιστήριο «Συμπληρωματικές-Εναλλακτικές Θεραπείες»	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 15 €
Κλινικό Φροντιστήριο «Αγγειακή προσπέλαση στον ογκολογικό ασθενή»	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 15 €

#### ΣΥΝΟΛΟ (I) :

**Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:** Παρακολούθηση των επιστημονικών Συνεδριάσεων, Επισκέψεις στον Εκθεσιακό Χώρο, Συμμετοχή σε όλα τα Δορυφορικά Συμπόσια, Τσάντα & Συνεδριακό Υλικό, Ελαφρύ Γεύμα, Συμμετοχή στην Τελετή Εναρξης την Πέμπτη 1/10/2015, Διαλείμματα καφέ, Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό παρακολούθησης.

**Το δικαίωμα συμμετοχής για φοιτητές Ιατρικής περιλαμβάνει:** Παρακολούθηση των επιστημονικών Συνεδριάσεων, Επισκέψεις στον Εκθεσιακό Χώρο, Συμμετοχή σε όλα τα Δορυφορικά Συμπόσια, Τσάντα & Συνεδριακό Υλικό, Διαλείμματα καφέ, Μοριοδοτημένο Πιστοποιητικό παρακολούθησης.

**Το δικαίωμα συμμετοχής στα Κλινικά Φροντιστήρια περιλαμβάνει:** Παρακολούθηση στο αντίστοιχο Κλινικό Φροντιστήριο, Διαλείμματα καφέ, Πιστοποιητικό Παρακολούθησης. Απαραίτητη προϋπόθεση συμμετοχής στα Κλινικά Φροντιστήρια είναι η εγγραφή στο κυρίως Συνέδριο.

### II. ΠΑΚΕΤΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗ 3 ΝΥΧΤΕΣ: ΑΦΙΞΗ 1 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ – ΑΝΑΧΩΡΗΣΗ 4 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2015 (ΤΙΜΕΣ ΑΝΑ ΔΩΜΑΤΙΟ ΜΕ ΠΡΩΙΝΟ & ΦΟΡΟΥΣ) ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΡΑΤΗΣΕΩΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ 17/07/2015

Διαμονή για 3 διανυκτερεύσεις: Ημέρα άφιξης: 1/10/2015 – Ημέρα αναχώρησης: 4/10/2015 Σύνολο διανυκτερεύσεων: 3

Όνομα Ξενοδοχείου	Μονόκλινο	Δίκλινο	No. δωματίων
Συνεδριακό Ξενοδοχείο Lucy	<input type="checkbox"/> 480 €	<input type="checkbox"/> 480€	X
Galaxy	<input type="checkbox"/> 450* €	<input type="checkbox"/> 450* €	X

#### ΣΥΝΟΛΟ (II) €

Το πακέτο διαμονής περιλαμβάνει: 3 νύχτες σε μονόκλινο ή δίκλινο δωμάτιο συμπ/νων φόρων και πρωινού & Δείπνο Υποδοχής  
 \* Στο πακέτο διαμονής με το Ξενοδοχείο Galaxy συμπεριλαμβάνεται μεταφορά προς/από το συνεδριακό ξενοδοχείο

### III. ΚΡΑΤΗΣΗ ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΩΝ ΕΙΣΙΤΗΡΙΩΝ - ΚΡΑΤΗΣΗ ΘΕΣΕΩΝ ΕΩΣ 17 ΙΟΥΛΙΟΥ 2015

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΠΤΗΣΗ	ΑΠΟ	ΠΡΟΣ	ΩΡΑ ΑΝΑΧ/ΣΗΣ	ΩΡΑ ΑΦΙΞΗΣ	ΚΟΣΤΟΣ	ΑΤΟΜΑ
1 Οκτωβρίου	A3 150	Αθήνα	Καβάλα	05.20	06.25	115€	X
	A3 540	Αθήνα	Θεσσαλονίκη	08.35	09.30	110€	X
	A3 110	Αθήνα	Θεσσαλονίκη	09.50	10.45	110€	X
4 Οκτωβρίου	A3 155	Καβάλα	Αθήνα	20.00	21.05	110€	X
	A3 111	Θεσσαλονίκη	Αθήνα	11.20	12.10	100	X
	A3 115	Θεσσαλονίκη	Αθήνα	15.40	16.30	100€	X

- Το κόστος αεροπορικού εισιτηρίου από/προς Καβάλα περιλαμβάνει τη μεταφορά από το αεροδρόμιο της Καβάλας προς τα Συνεδριακά Ξενοδοχεία. Μίνιμουμ συμμετοχή για να πραγματοποιηθεί η μεταφορά 35 άτομα.
- Το κόστος αεροπορικού εισιτηρίου από/προς Θεσσαλονίκη περιλαμβάνει τη μεταφορά με πούλμαν από Θεσσαλονίκη προς τα Συνεδριακά Ξενοδοχεία στην Καβάλα. Μίνιμουμ συμμετοχή για να πραγματοποιηθεί η μεταφορά 35 άτομα.
- Οι ανωτέρω τιμές περιλαμβάνουν φόρους αεροδρομίων και έχουν βασιστεί στον κατάλογο που ισχύει τον Ιούνιο 2015. Σε περίπτωση αλλαγής των φόρων, το κόστος θα τροποποιηθεί ανάλογα

Παρακαλούμε όπως σημειώσετε το πλήρες όνομα και επώνυμο των ατόμων, με λατινικούς χαρακτήρες όπως αναγράφεται στα ταξιδιωτικά τους έγγραφα.

1. ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

2. ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

**ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ (I +II+ III)**

### IV. ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ -ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

**Το Δικαίωμα Συμμετοχής στο Συνέδριο δεν επιστρέφεται.**

**Ελάχιστη διαμονή στο ξενοδοχείο: 3 νύχτες**

Οποιαδήποτε αλλαγή ή ακύρωση κράτησης πρέπει να αποστέλλεται γραπτώς στην ERA ΕΠΕ. **Παρακαλούμε μην επικοινωνείτε απευθείας με το ξενοδοχείο.**

Για ακυρώσεις πακέτου διαμονής & αεροπορικών εισιτηρίων μέχρι την 31/7/2015: 50% ακυρωτικά τέλη επί του συνολικού κόστους του πακέτου και των εισιτηρίων

Για ακυρώσεις πακέτου διαμονής & αεροπορικών εισιτηρίων μετά τις 31/7/2015: 100% ακυρωτικά τέλη επί του συνολικού κόστους του πακέτου και των εισιτηρίων

Απαιτείται προκαταβολή 50% για την επιβεβαίωση κράτησης πακέτου διαμονής και αεροπορικών εισιτηρίων

**Η πληρωμή της Συμμετοχής, της Διαμονής και της μεταφοράς μπορεί να γίνει με:**

- Ταχυδρομική Επιταγή σε διαταγή: **ERA ΕΠΕ – Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα.**

- Τραπεζικό έμβασμα στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή: **ERA ΕΠΕ - Αριθμός Λογαριασμού 101.00.2002044307, IBAN No GR66 0140 1010 1010 0200 2044 307** αναφέροντας το όνομα του Συνεδρίου & το όνομα του συμμετέχοντος

- Με 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

