**14ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER (PICAD) &**

**6ο ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (MeCoND)**

**13-16 Φεβρουαρίου 2025**

**Δελτίο Εγγραφής**

Να συμπληρωθεί και να αποσταλεί στη Γραμματεία του Συνεδρίου:

Π. Συνδίκα 13, 546 43, Θεσσαλονίκη - Τηλ: 2310 810411 - Fax: 2310 925802

Email: info@alzheimer-hellas.gr

Ονοματεπώνυμο:…………………………….………………………………………………….

(Με το παρόν όνομα θα μπορείτε να προβείτε σε διαδικτυακή σύνδεση στο συνέδριο-επιλέξτε πλήρες όνομα ή υποκοριστικό, ελληνικούς ή λατινικούς χαρακτήρες κλπ)

Επάγγελμα:…………………………………………………………….…………………….…..

Ειδικότητα: …………………………………………………………….………………………..

Ίδρυμα/Φορέας/ Χώρος Εργασιας: ………………………………………………….………….

Διεύθυνση……………………………………………………….………………………..………

Τηλ. σταθ.:…………………………………Τηλ. κιν.:…………..…………………………..…..

Fax………………………………………E-mail: ………..…………………………………..….

**□**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ιδιότητα | Πρώιμη Εγγραφή  (Μέχρι 30 Νοεμβρίου 2024) | Βασική Χρέωση  (1η Δεκεμβρίου 2024 –  31 Ιανουαρίου 2025) | Εγγραφή  1η Φεβρουαρίου 2025 - επί τόπου |
| Ειδικοί Ιατροί | 100 ΕΥΡΩ | 110 ΕΥΡΩ | 120 ΕΥΡΩ |
| Ειδικευόμενοι Ιατροί | 50 ΕΥΡΩ | 60 ΕΥΡΩ | 80 ΕΥΡΩ |
| Άλλοι επαγγελματίες | 30 ΕΥΡΩ | 40 ΕΥΡΩ | 50 ΕΥΡΩ |
| Φοιτητές | 20 ΕΥΡΩ | 25 ΕΥΡΩ | 30 ΕΥΡΩ |
| Περιθάλποντες | 20 ΕΥΡΩ | 20 ΕΥΡΩ | 20 ΕΥΡΩ |

Μετά την κατάθεση (μπορείτε και με e-banking) στον κάτωθι τραπεζικό λογαριασμό για τη συμμετοχή σας, αποστείλατε το αποδεικτικό κατάθεσης με

**FAX στο 2310 925802** ή με

**e-mail στο** [**info@alzheimer-hellas.gr**](mailto:info@alzheimer-hellas.gr)

**Δικαιούχος: Πανελλήνιο Ινστιτούτο Νευροεκφυλιστικών Νοσημάτων**

**Αρ. Λογαριασμού: 705002002012506**

**Τράπεζα: ALPHA BANK S.A. THESSALONIKH HARILAOU, 25 MARTIOU (705)**

**BIC:CRBAGRAAXXX**

**IBAN Code:GR6301407050705002002012506**