****

**ΦΟΡΜΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

***Η εγγραφή αφορά αποκλειστικά παρακολούθηση με φυσική παρουσία.***

Για να θεωρηθεί η εγγραφή σας οριστική και επιβεβαιωμένη, πρέπει να κατατεθεί το αντίστοιχο ποσό, το οποίο προσδιορίζεται από τον πίνακα ανάλογα με την ειδικότητά σας, στον ακόλουθο αριθμό λογαριασμού που [θα βρείτε **ΕΔΩ** (https://bit.ly/sima-acc)](https://bit.ly/sima-acc).

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα ακόλουθα πεδία στην ελληνική γλώσσα και με ΚΕΦΑΛΑΙΑ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Όνομα** |  |
| **Επώνυμο** |  |
| **Ειδικότητα** |  |
| **Πόλη διαμονής** |  |
| **Τηλέφωνο επικοινωνίας** |  |
| **Email επικοινωνίας** |  |
| **Φορέας απασχόλησης** |  |
| **Ιδιότητα** |  |
| **Κατηγορία εγγραφής**  *Συμπληρώστε ένα από τα ακόλουθα:*  *□ Ειδικοί Ιατροί -* ***140,00 €***  *□ Ειδικευόμενοι Ιατροί -* ***50,00 €***  *□ Λοιποί Επαγγελματίες Υγείας -* ***Δωρεάν***  *□ Φοιτητές -* ***Δωρεάν***  *□ Νοσηλευτές -* ***Δωρεάν*** | |
| Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε μαζί με αυτή τη φόρμα εγγραφής και ευκρινές αντίγραφο καταθετηρίου. | |