**ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας**

**Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος**

**Α’ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ**

**6-7 Νοεμβρίου και 20-21 Νοεμβρίου 2020**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ - ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Να αποσταλεί στο e-mail: [esne@esne.gr](mailto:esne@esne.gr) ή στο φαξ: 210 7790360

**(σημειώστε με ✓ και συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: | ΟΝΟΜΑ: | |
| ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ | | |
| Οδός: | Αρ. | Πόλη: |
| Τ.Κ.: | Τηλ. | |
| Κινητό: | | |
| Email: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Κόστος Εγγραφής | | |
| Κατηγορία  Σημειώστε αντίστοιχα | Μέλη ΕΣΝΕ | Μη μέλη ΕΣΝΕ |
| 40 € ❒ | 60 € ❒ |

***Την εγγραφή σας στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα μπορείτε να την πραγματοποιήσετε:***

* Καταβάλλοντας το αντίστοιχο ποσό στα Γραφεία του ΕΣΝΕ (καθημερινά, εκτός Σαββάτου και ώρα 10:00-16:00) ή
* Καταθέτοντάς το στην ALPHA ΒΑΝΚ **Αρ. Λογαριασμού ΕΣΝΕ: 112-00-2002-019143** (ΙΒΑΝ: GR16 0140 1120 1120 0200 2019 143) και αποστέλλοντάς την απόδειξη της τραπεζικής κατάθεσης στο [esne@esne.gr](mailto:esne@esne.gr) ή στο Fax 210 7790360.

**Επισημαίνουμε ότι, στην απόδειξη της τραπεζικής κατάθεσης στην αιτιολογία είναι απαραίτητο να συμπληρώσετε την ένδειξη «ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ» και το Ονοματεπώνυμό σας.**

# Ημερομηνία υποβολής της Αίτησης Εγγραφής ….. / …… / 2020

**Υπογραφή (ολογράφως) ………………………………………………..**