**ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας**

**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

**Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος**

**Α’ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

**ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΜΑΡΤΙΟΣ 2021**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ - ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

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

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

ΣΗΜ. Τα στοιχεία με (\*) συμπληρώνονται υποχρεωτικά

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Κόστος Εγγραφής | | |
| Κατηγορία  Σημειώστε με (√)  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 ALPHAΒΑΝΚ **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 στοFax210 7790360.

**Επισημαίνουμε ότι, στην απόδειξη της τραπεζικής κατάθεσης στην αιτιολογία είναι απαραίτητο να συμπληρώσετε την ένδειξη «Α’ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» και το Ονοματεπώνυμό σας.**

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

# Υπογραφή (ολογράφως) ……………………………………………………..