

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ 2018

Επιθυμώ την εγγραφή μου στην Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Διατροφής και Μεταβολισμού (GrESPEN)

Είμαι: Ιατρός Διαιτολόγος Νοσηλεύτης Φαρμακοποιός Άλλο

Επιθυμώ να επωφεληθώ της ομαδικής εγγραφής* στην ESPEN (European Society for Clinical Nutrition) και παρακαλώ να εγγραφώ και σε αυτή.

Τίτλος: Ονοματεπώνυμο: Πατρώνυμο:

Ιδιότητα: Ημερομηνία Γέννησης:

Τίτλοι σπουδών:

Φοιτητής Τμήματος : ΑΔΤ:

Χώρος Εργασίας:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

| | |
|------------------------|--|
| Διεύθυνση | |
| Τ.Κ., Πόλη | |
| Email | |
| Τηλέφωνο (Κιν/σταθ) | |

(Υπογραφή)

(Ημερομηνία)

Προτείνοντα μέλη

Ονοματεπώνυμο)

(Ονοματεπώνυμο)

Ετήσια συνδρομή 2018: 30 €

Για μέλη ως 32 ετών: Ετήσια συνδρομή 2018: 15 €

***Εφόσον επιλέξατε την εγγραφή και στην ESPEN, τα αντίστοιχα ποσά είναι:**

Εγγραφή στην ESPEN διαμέσου της GrESPEN: 90€[§] (για <32ετών: 40 €)

[§]Το κόστος εγγραφής στην ESPEN απευθείας εκτός GrESPEN είναι 120 €

Η καταβολή του ποσού γίνεται μετά την αποδοχή της αίτησης από το Δ.Σ. της GrESPEN

Παρακαλούμε επιστρέψτε την αίτηση συμπληρωμένη στην:
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ
email: info@grespen.org



www.grespen.org



<http://on.fb.me/GRESPEN>