

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ 2017

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 2017: 30 €

Για μέλη ως 32 ετών: Ετήσια συνδρομή 2015: 15 €

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

Εγγραφή στην ESPEN διαμέσου της GrESPEN: 80€[§] (για <32ετών: 30 €)

[§]Το κόστος εγγραφής στην ESPEN απευθείας εκτός GrESPEN είναι 110 €

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>