# ΔΕΛΤΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ 2022-2023

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να αποστείλετε το Δελτίο Εγγραφής με  
 **e-mail ή ταχυδρομικά** στη **Γραμματεία Προγράμματος Εξειδικευμένης Επιμόρφωσης Οδοντιάτρων**

Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών - Θηβών 2, Γουδή, 11527 Αθήνα.   
Τηλ.: 210 7461133, e-mail: pfountouli@dent.uoa.gr

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥMMETEXONTOΣ** | | |
| Ονοματεπώνυμο: |  | |
| Διεύθυνση Αλληλογραφίας: |  | |
| Τηλ. επικοινωνίας: | | e-mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| **ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ** | |
| **Εμφυτεύματα** | **ΚΟΣΤΟΣ** |
|  | **8.000€** |

* Ακυρώση, αλλαγής Δραστηριότητας και άλλα θέματα διευθετούνται με την Επιτροπή Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης.
* Σε περίπτωση ακύρωσης συμμετοχής με απόφαση του συμμετέχοντος, τα χρήματα επιστρέφονται αφού παρακρατηθείτο 16%
* Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που συλλέγονται από το παρόν Δελτίο Εγγραφής χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για την εκπλήρωση των σκοπών της εγγραφής σας στις Δραστηριότητες Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

**Δηλώνω τη συμμετοχή μου στη Δραστηριότητα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης «Εμφυτεύματα» με το παρόν Δελτίο Εγγραφής.**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_/\_\_\_/ 2022**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(χειρόγραφη ή ηλεκτρονική ή απλή αναγραφή ονόματος)