**Φόρμα Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος**

Όνομα:

Επώνυμο:

Ειδικότητα:

Τίτλος Σεμιναρίου:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Παρακαλούμε περιγράψτε μας περιληπτικά τι σας παρακινεί να δηλώσετε συμμετοχή στο συγκεκριμένο σεμινάριο:

Πώς πληροφορηθήκατε για την διεξαγωγή του συγκεκριμένου σεμιναρίου;

Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε μαζί με την αίτηση, σύντομο βιογραφικό σας.

Μετά την παραλαβή και των δύο, θα ενημερωθείτε μέσω γραμματείας για την αποδοχή σας στο σεμινάριο.

Μετά την αποδοχή σας, προκειμένου να κατοχυρωθεί η θέση σας, παρακαλούμε για την καταβολή προκαταβολής αξίας των εκατό ευρώ (100€) στον παρακάτω λογαριασμό:

Λογαριασμός Εθνικής Τράπεζας

IBAN: GR7101101560000015600653586

Δικαιούχος: Ελληνικό Κέντρο Θεραπείας και Εκπαίδευσης

Σας ευχαριστούμε

Η Επιστημονική Διεύθυνση ΕΚΘΕΨΥ

Πληροφορίες: Γραμματεία ΕΚΘΕΨΥ, κ. Χριστίνα Μαρίνη 210 9373673