

19^ο ΠΑΓΚΡΗΤΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

9/11 – 11 /11/2018

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Επώνυμο

Όνομα

Διεύθυνση (κατοικίας)

Ταχ. Κωδικός Πόλη.....

Τηλ.....

Ειδικότητα.....

Ειδικεύομενος

Φαρμακοποιοί.....

Νοσηλευτές- Επαγγελματίες Υγείας.....

Παρακαλούμε, αφού συμπληρωθεί το παρόν ΔΕΛΤΙΟ να αποσταλεί στη Γραμματεία:

Ημερομηνία

Υπογραφή