**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο |  |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας (κινητό) |  |
| e-mail |  |
| Έτος λήψης ειδικότητας |  |
| Νοσοκομειακός γιατρός **□** Ιδιωτικό ιατρείο **□** | |
| Έχετε παρακολουθήσει τα 3 τελευταία χρόνια τα μαθήματα του Endoscopy School?  Ναι **□** Όχι **□** | |
| Παρακαλούμε επισυνάψτε βραχύ βιογραφικό σημείωμα | |

Παρακαλούμε συμπληρώστε την αίτηση εγγραφής και στείλτε την μαζί με βραχύ βιογραφικό σημείωμα στο [endoscopyschool@hsg.gr](mailto:endoscopyschool@hsg.gr)

Οι αιτήσεις θα αξιολογηθούν από την Οργανωτική Επιτροπή και θα λάβετε απάντηση για τη συμμετοχή σας

Κόστος συμμετοχής: 300 ευρώ

Ο αριθμός των συμμετεχόντων θα είναι αυστηρά 80 άτομα ως εξής:

Τετάρτη 14 Σεπτεμβρίου 09.00-13.00: 20 άτομα

Τετάρτη 14 Σεπτεμβρίου 14.00-18.00: 20 άτομα

Πέμπτη 15 Σεπτεμβρίου 09.00-13.00: 20 άτομα

Πέμπτη 15 Σεπτεμβρίου 14.00-18.00: 20 άτομα