



ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΛΟΥΣ

Παρακαλούμε αποστείλατε το παρόν συμπληρωμένο με e-mail **στο info@era.gr** :



ERA ΕΠΕ

Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα

Τηλ: 210 3634 944, 3632 950, Fax: 210 3631 690-& E-mail: info@era.gr Web Site: www.era.gr

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΤΙΤΛΟΣ: _____

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : _____

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ : _____

ΤΜΗΜΑ : _____

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: _____

Τ.Κ.: _____ **ΠΟΛΗ:** _____

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ: _____ **ΚΙΝΗΤΟ:** _____

FAX: _____ **E-MAIL:** _____

Με την **Δωρεάν** εγγραφή σας ως Μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Μεταγγισιοθεραπείας, θα έχετε τα κάτωθι προνόμια:

- Έκπτωση στην εγγραφή σας στα Συνέδρια/ Σεμινάρια ή άλλες εκπαιδευτικές εκδηλώσεις της Ελληνικής Εταιρείας Μεταγγισιοθεραπείας.
- Συνδρομή στο περιοδικό της Ελληνικής Εταιρείας Μεταγγισιοθεραπείας.
- Η Ελληνική Εταιρεία Μεταγγισιοθεραπείας συνεργάζεται με την Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia (Simti), στην έκδοση του περιοδικού Blood Transfusion. Τα μέλη της Ελληνικής Εταιρείας θα έχουν πρόσβαση στην on line έκδοση του περιοδικού. Απαραίτητη προϋπόθεση να ενημερώσετε την Γραμματεία για την ηλεκτρονική σας διεύθυνση.

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: / /

