



Ελληνική Εταιρεία Σιελογόνων Αδένων

Αίτηση Εγγραφής Μέλους Ελληνικής Εταιρείας Σιελογόνων Αδένων

Όνομα

Επίθετο

Ειδικότητα

Τίτλος

Επαγγελματική διεύθυνση

.....

ΤΚ / Πόλη, Χώρα

E-mail

Τηλ επικοινωνίας

Ερευνητικό ενδιαφέρον

Θέλω να συμμετέχω σε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω working groups (βάλτε σε κύκλο)

- 1. Ογκολογία σιελογόνων**
- 2. Σιαλενδοσκοπήσεις**
- 3. Απεικόνιση σιελογόνων**
- 4. Συστηματικά νοσήματα σιελογόνων**

Για να γίνεται δεκτός ως μέλος θα πρέπει να προταθείτε από δυο μέλη του αρχικού συμβουλίου σύμφωνα με το καταστατικό. Παρακαλώ βάλτε τα δυο κάτωθι ονόματα στις παρακάτω θέσεις

Ι.Κωνσταντινίδης Πρόεδρος, Ι. Ιακώβου μέλος

Name of the reference 1 *

Name of the reference 2 *

Το κόστος εγγραφής για τα έτη 2012-13 είναι μηδενικό και θα κοστίζει 50 ευρώ κατά την ανανέωση της εγγραφής μετά τα δυο έτη.

Σχόλια - προτάσεις:

Υπογραφή

Παρακαλώ ταχυδρομήστε το στην διεύθυνση Β ΩΡΛ Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Ευκαρπία περιφ.οδός Θεσσαλονίκη (υπόψη κου Χατζηαβραμίδη)
Ή στείλτε με email την υπογεγραμμένη σελίδα σκαναρισμένη στο jordan_orl@hotmail.com
