

Αίτηση Συμμετοχής στα Σεμινάρια Κλινικής Ψυχοφαρμακολογίας

Σας δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχω στο εκπαιδευτικό σεμινάριο σε πρακτικά θέματα Κλινικής Ψυχοφαρμακολογίας που διοργανώνει ο Κλάδος Κλινικής Ψυχοφαρμακολογίας της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας,

α) Μέσω ζωντανής αναμετάδοσης (LIVE STREAM) **ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΕΚΤΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

β) Στα γραφεία της ΕΨΕ

Σημειώστε με X τον τρόπο παρακολούθησης

Όνοματεπώνυμο

Ειδικότητα

Διεύθυνση Κατοικίας

Οδός : **Αριθμ :** **Τ.Κ.** **Περιοχή**

Διεύθυνση Εργασίας

Οδός : **Αριθμ :** **Τ.Κ.** **Περιοχή**

Σταθερό Τηλέφωνο

Κινητό Τηλέφωνο

Fax

E-mail

Ο/Η Αιτών/Αιτούσα

...../...../2018

.....

Την αίτηση μπορείτε να την αποστείλετε
με Fax στο 210-7242032, ή με e-mail στο psych@psych.gr