Τίτλος Σεμιναρίου : **Γλωσσική Ανάπτυξη & Διγλωσσία**
Εισηγητής : **Καμπανάρου Μαρία**

Ημερομηνία : **6 Νοεμβρίου 2016 , Αθήνα**

Τόπος διεξαγωγής : **Αθήνα** (ο τόπος διεξαγωγής θα ανακοινωθεί σύντομα)

**Δικαίωμα συμμετοχής:**

Το σεμινάριο απευθύνεται σε Λογοθεραπευτές.

Το ανώτατο όριο συμμετεχόντων είναι 40 άτομα και θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.

Για να εγγραφείτε παρακαλούμε συμπληρώστε και αποστείλετε το Δελτίο Εγγραφής στη γραμματεία του ΣΕΛΛΕ στο epep@selle.gr ή με φαξ στο 210 25 19 691

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ** |  |
|  **E MAIL** |  |
| **ΙΔΙΟΤΗΤΑ** | **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΜΕΛΟΣ ΣΕΛΛΕ:** |

**Κόστος Εγγραφής:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ενεργά Μέλη ΣΕΛΛΕ**  | **120,00€** |
| **Λοιποί επαγγελματίες, μη μέλη ΣΕΛΛΕ**  | **140,00€** |

**Τρόπος Πληρωμής:**

Για την ομαλή διεξαγωγή του Σεμιναρίου, παρακαλείσθε να καταθέσετε το αντίτιμο της συμμετοχής σας στον τραπεζικό λογαριασμό:

**Τράπεζα Πειραιώς 5020-056829-996
IBAN GR 0901720200005020056829996
Δικαιούχος: Σύλλογος Επιστημόνων Λογοπαθολόγων Λογοθεραπευτών Ελλάδος
Αιτιολογία: Σεμινάριο - Ονοματεπώνυμο**

Στη συνέχεια αποστείλατε το αποδεικτικό της κατάθεσης με φαξ στο 210 25 19 691 ή με email στο epep@selle.gr προκειμένου να εκδοθεί η σχετική απόδειξη.

Εφόσον επιθυμείτε την έκδοση τιμολογίου, συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία:

Επωνυμία:

Επάγγελμα:

Διεύθυνση:

ΑΦΜ-ΔΟΥ:

**Πολιτική Ακυρώσεων:**

Με γραπτή ενημέρωση
- 30 ημέρες πριν την διεξαγωγή: επιστροφή του 100% του ποσού.
- 15 ημέρες πριν την διεξαγωγή: επιστροφή του 50% του ποσού.
- Λιγότερο από 15 ημέρες: μόνο μεταφορά του ποσού σε επόμενη (ίδια) διοργάνωση.
- Σε περίπτωση μη εμφάνισης δεν επιστρέφεται το ποσό της εγγραφής ούτε μεταφέρεται σε άλλη διοργάνωση.

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή Ημερομηνία: