



Ελληνική Εθνική Ένωση κατά της Επιληψίας
Greek Association against Epilepsy

ΦΟΡΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΘΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

- Παρακαλούμε συμπληρώστε τα στοιχεία σας με κεφαλαία γράμματα και αποστείλετε τη συμπληρωμένη αίτηση στο Φαξ μας με αριθμό : 210-770.57.85
- Το κόστος εγγραφής είναι 20€ ανά έτος
- Τρόπος πληρωμής είναι κατάθεση σε λογαριασμό της Εθνικής Τράπεζας

Ελληνική Εθνική Ένωση κατά της Επιληψίας / Αριθμός Λογαριασμού : 080/673164_33

ΟΝΟΜΑ :
ΕΠΙΘΕΤΟ :
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ :
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :
ΤΗΛΕΦΩΝΟ / ΚΙΝΗΤΟ :
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ



Μαυρομματαίων 2 ,Αθήνα , Τ.Κ. 106 82

Τηλ : +30(210) 7705785 - Fax : +30(210) 7705785

Email : graaaepil@otenet.gr - Website : www.epilepsy-greece.gr