

**1ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**14-16 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2018, ΛΙΤΟΧΩΡΟ, OLYMPIOS ZEUS**

**ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ – ΚΡΑΤΗΣΗ ΔΩΜΑΤΙΟΥ**

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε με κεφαλαία γράμματα το Δελτίο και να το αποστείλετε στην Γραμματεία του Συνεδρίου:

**E-VIP** **ΤΗΛ:** 2755022201- 22124 **- Mobile:** 6972557905 **EMAIL:** emesologitou@e-vip.gr

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΟΥ**

Επώνυμο Όνομα

Επάγγελμα

Διεύθυνση

Πόλη T.K

Τηλέφωνο Κινητό

E-mail

**Β. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ**

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που εισάγονται από τον συμμετέχοντα στην παρούσα φόρμα συμμετοχής δεν αποκαλύπτονται σε οποιονδήποτε τρίτο, παρά μόνον εάν τούτο επιβάλλεται εκ του νόμου ή κατόπιν δικαστικής απόφασης ή εφόσον ζητηθεί από οποιαδήποτε κρατική ή κανονιστική αρχή, καθώς κι όταν υπάρχει ρητή συγκατάθεση του επισκέπτη για την καθοιονδήποτε τρόπο δημοσιοποίηση των προσωπικών του στοιχείων.

Η **Ε-VIP** ως υπεύθυνος επεξεργασίας, βάσει των προδιαγραφών της ισχύουσας νομοθεσίας (Νέος Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων EU GDPR 2016/679, στο εξής GDPR) τηρεί σχετικό αρχείο προσωπικών δεδομένων σε πλήρη συμμόρφωση με την ισχύουσα νομοθεσία για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων γίνεται με σκοπό παροχή βέλτιστων υπηρεσιών εκ μέρους της **Ε-VIP,** την υποστήριξη της επικοινωνίας μεταξύ της **E-VIP** και του συμμετέχοντα, για την ανταπόκριση σε κάθε είδους αίτημά του, την πληροφόρηση και παντός είδους ενημέρωσή του ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες και προσφορές με ενημερωτικά δελτία.

Ο συμμετέχων με το παρόν παρέχει ρητή συγκατάθεση για την επεξεργασία των παρεχόμενων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από την **E-VIP** έχοντας ενημερωθεί ειδικά και με τρόπο σύμφωνο με την ισχύουσα νομοθεσία.

**Γ. ΚΟΣΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Έως 15 Ιουλίου | Από 16 Ιουλίου έως 16 Αυγούστου | Από 17 Αυγούστουέως 14 Σεπτεμβρίου |
| **100€** | **110€** | **120€** |

(+ ΦΠΑ 24%)

**Η εγγραφή περιλαμβάνει:** Παρακολούθηση συνεδρίου – Συνεδριακό Υλικό – Πιστοποιητικό Συμμετοχής

**Δ. ΔΙΑΜΟΝΗ**

|  |
| --- |
| **ΤΙΜΕΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ (2 ΝΥΧΤΕΣ ΜΕ ΗΜΙΔΙΑΤΡΟΦΗ)** |
|  | Έως 15 Ιουλίου | Από 16 Ιουλίου έως 16 Αυγούστου | Από 17 Αυγούστουέως 14 Σεπτεμβρίου |
| **ΜΟΝΟΚΛΙΝΟ**  | **160€** | **176€** | **192€** |
| **ΔΙΚΛΙΝΟ**  | **250€**  | **275€** | **300€** |
| **ΤΡΙΚΛΙΝΟ**  | **350€**  | **385€** | **420€** |
|  |  |  |  |

**Επιλογή δωματίου βάση ημερομηνίας εγγραφής:**

**ΜΟΝΟΚΛΙΝΟ**  **ΔΙΚΛΙΝΟ**

**ΤΡΙΚΛΙΝΟ**

Οι παραπάνω τιμές αφορούν 2 διανυκτερεύσεις και περιλαμβάνουν πρωινό, δείπνο και όλους τους νόμιμους φόρους. Στην τιμή δεν συμπεριλαμβάνεται ο φόρος διαμονής στο ποσό των 3€ ανά διανυκτέρευση. Ο φόρος διαμονής επιβαρύνει τον πελάτη και εξοφλείται απευθείας από τον ίδιο στην reception του ξενοδοχείου.

**ΑΚΥΡΩΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

* **Το ποσό της εγγραφής δεν επιστρέφεται.**
* Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων που θα σταλούν μέχρι 14/7/2018: Δεν χρεώνονται ακυρωτικά
* Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων ή μειώσεις διανυκτερεύσεων που θα σταλούν μεταξύ 15/7/2018 και 17/8/2018: χρεώνονται ακυρωτικά 50%.
* Για γραπτές ακυρώσεις δωματίων ή μειώσεις διανυκτερεύσεων που θα σταλούν μετά τις 18/8/2018: χρεώνονται ακυρωτικά 100%.

**ΟΡΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ**

Βασική προϋπόθεση για την κράτηση δωματίων είναι η καταβολή της αξίας μιας διανυκτέρευσης ανά δωμάτιο. Ολόκληρο το ποσό θα πρέπει να καταβληθεί το αργότερο μέχρι τις 17/8/2018 με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

* **Κατάθεση σε Τράπεζα:**

**Αναφέρετε στην κατάθεση το όνομα του συνεδρίου και το ονοματεπώνυμό σας.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ** **Αρ. Λογ/σμου: 5525 075 422 494** **Αρ. IBAN: GR-25 0172 5250 0055 2507 5422 494** **SWIFT: PIRBGRAA** **ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΑΣΤΡΟΥΣ**  |

 |

|  |
| --- |
|  **ΤΡΑΠΕΖΑ ALPHA BANK** **Αρ. Λογ/σμού: 5420 0200 2000 186** **Αρ. IBAN: GR-48 0140 5420 5420 0200 2000 186** **SWIFT: CRBAGRAA** **ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΑΣΤΡΟΥΣ**  |

 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΘΝΙΚΗ** **Αρ.Λογ/σμού: 248 440 197 29** **Αρ. IBAN: GR-48 0110 2480 0000 2484 4019 729** **SWIFT: ETHNGRAA** **ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΑΣΤΡΟΥΣ**  |

 |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  **ΤΡΑΠΕΖΑ EUROBANK** **Αρ. Λογ/σμού: 250 200 802 178** **Αρ. IBAN: GR-37 0260 2610 0002 5020 0802 178** **SWIFT: ERBKGRAA** **ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ AΡΓΟΥΣ**  |

 |

 |

* **Χρέωση με Πιστωτική Κάρτα (VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS)**

**VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS**

**Όνομα Κατόχου**

**Αριθμός Κάρτας**

**Ημ. Λήξης: CPV (3 ψηφία)**

**Ποσό πληρωμής:**

**1Ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**Αιτιολογία:**

 **Δηλώνω ότι έχω κατανοήσει πλήρως τους όρους πληρωμής και αποδέχομαι το παραπάνω ποσό που έχω δηλώσει, καθώς και την χρέωση της κάρτας μου.**

**Ημερομηνία\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Υπογραφή­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Η Γραμματεία του Συνεδρίου:**

