

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ & ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ και ΓΟΝΕΩΝ για το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1

...../...../202....

Ατομικά Στοιχεία Γονέα

Όνοματεπώνυμο :

E-mail :

Τηλέφωνο επικοινωνίας: Κινητό:

Το παιδί που έχει ΣΔτ1 είναι μέλος της Π.Ε.Α.Ν.Δ.: ΝΑΙ ΟΧΙ

➔ Αν ΝΑΙ σημειώστε το ονοματεπώνυμό του:

➔ Αν ΟΧΙ σημειώστε τα παρακάτω στοιχεία:

1. Όνοματεπώνυμο παιδιού με ΣΔΤ1:

2. Διεύθυνση Κατοικίας:

3. Τ.Κ./ Πόλη:
(τα στοιχεία Δ/νσης τα θέλουμε για φορολογικούς λόγους-έκδοση αποδείξεων)

Με την αίτηση εγγραφής μου, σας αποστέλλω το καταθετήριο πληρωμής, ποσού:

- 1) 50,00 ευρώ - κόστους συμμετοχής για **γονείς μελών** της ΠΕΑΝΔ
- 2α) 90,00 ευρώ - κόστους συμμετοχής για **γονείς ΜΗ μελών** της ΠΕΑΝΔ **ή**
- 2β) 50,00 ευρώ – **προκαταβολή** κόστους συμμετοχής για **γονείς ΜΗ μελών**
- 3) 30,00 ευρώ - κόστους πακέτου αναλωσίμων (αν τα καταβάλλετε εξ αρχής)

Σε περίπτωση που δεν σας ενδιαφέρει να λάβετε το πακέτο αναλωσίμων σημειώστε Χ εδώ

Αποκλειστικά για γονείς μη μελών της ΠΕΑΝΔ, απαιτείται επιπλέον η αποστολή του εγγράφου που πιστοποιεί τη διάγνωση του παιδιού με ΣΔΤ1.

Ο/Η Αιτών/ούσα

Υπογραφή