

ΦΟΡΜΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

**Σε Συνέδριο για την Κοινωνική Προστασία - Πρόνοια και τα Άτομα με Αναπηρία, για την Εθνική Ημέρα Ατόμων με Αναπηρία**

**Αθήνα, 24-25 Νοεμβρίου 2014**

**Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL**

Η Φόρμα να αποσταλεί στο email: [esaea@otenet.gr](mailto:esaea@otenet.gr) ή στο φαξ: 210 5238967

|  |  |
| --- | --- |
| **ΦΟΡΕΑΣ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΙΔΙΟΤΗΤΑ** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ** |  |
| **ΦΑΞ** |  |
| **Ε-MAIL** |  |