

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΟΦ
ΓΙΑ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ**

A. Στοιχεία αιτούσας εταιρείας (Ιδιωτική κλινική / θεραπευτήριο)

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΥΓΕΙΑ ΑΕ -
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ 4, 15123, ΜΑΡΟΥΣΙ
(διεύθυνση, τηλ., FAX) Τηλ.: 210 686 7229
Fax.:

B. Στοιχεία εκδήλωσης:

ΘΕΜΑ-ΤΙΤΛΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ TRANSCATHETER HEART VALVE GREECE 2026
ΤΟΠΟΣ-ΧΩΡΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ Αμφιθέατρο Ν. Λούρος, Νοσοκομείο Μητέρα
ΧΩΡΑ Ελλάδα
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ 15/05/2026 - 16/05/2026
ΗΛ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ <https://medevents.gr>

Γ. Ειδικά στοιχεία:

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ Υβριδικό
ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ Ναι

Δ. Προϋπολογισμός

Έξοδα διοργάνωσης	20,000.00	Κόστος εγγραφής	0.00
Σύνολο	20,000.00		

Αριθμός συμμετοχών 450