



ΑΡΙΣΤΕΙΑ

ΕΕΠΕΑ

ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

2024 2026

19-21 Μαΐου 2026

ΜΕΓΑΡΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ





ΑΡΙΣΤΕΙΑ



ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

2024 2026

- Η Δήλωση Συμμετοχής υποβάλλεται online είτε μέσω της ιστοσελίδας της Ε.Ε.Φα.Μ., ακολουθώντας τις διαθέσιμες, απλές οδηγίες, έως την **Παρασκευή 20 Μαρτίου 2026 και ώρα 17:00**.
- ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Παρακαλούμε να χρησιμοποιήσετε ξεχωριστή Δήλωση Συμμετοχής για κάθε κατηγορία στην οποία επιθυμείτε να λάβετε μέρος.
Η καμπάνια των προϊόντων ή οι εταιρικές δράσεις θα πρέπει να αφορούν την περίοδο Ιανουάριος 2024 – Δεκέμβριος 2025.
- Ο πλήρης φάκελος συμμετοχής θα πρέπει να αποσταλεί ηλεκτρονικά, είτε μέσω της ιστοσελίδας της Ε.Ε.Φα.Μ., είτε σε USB (με συνημμένο αντίγραφο της Δήλωσης Συμμετοχής) στην κάτωθι διεύθυνση:

Ελληνική Εταιρεία Φαρμακευτικού Management

Τζαβέλα 42B, 15451, Νέο Ψυχικό,
τηλ.: 210 6753159
e-mail: awards@eefam.gr

ΜΕΡΟΣ 1

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Αριστεία Ε.Ε.Φα.Μ. 2024-2026

Σημειώσατε Χ

Καλύτερη Καμπάνια Συνταγογραφούμενων Προϊόντων	
Καλύτερη Καμπάνια Προϊόντων ΜΗ.ΣΥ.Φ & Προϊόντων Αυτοφροντίδας	
Καλύτερο Πρόγραμμα Υποστήριξης Ασθενών	
Καλύτερη Δράση / Πρόγραμμα Ευαισθητοποίησης Κοινού	
Καλύτερη Δράση Εταιρικής Υπευθυνότητας	
Καλύτερη Δράση Digital/AI Μετασχηματισμού	



ΑΡΙΣΤΕΙΑ



ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

2024 2026

ΜΕΡΟΣ 2

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Επωνυμία Εταιρείας:

Διεύθυνση:

Ταχυδρομικός Κώδικας:

Ονοματεπώνυμο υπευθύνου(ων) συμμετοχής:

Τίτλος:

Τηλέφωνο:

Κινητό:

Email:

Τίτλος Δράσης:

Εμπορική ονομασία προϊόντος:

Θεραπευτική κατηγορία:

Σε περίπτωση βράβευσης, υποδείξτε τον παραλήπτη του Αριστείου

Ονοματεπώνυμο:

Τίτλος:

Τηλέφωνο:

Κινητό:

Email:

ΜΕΡΟΣ 3

ΤΕΛΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Τέλος Συμμετοχής: €500 πλέον 24% Φ.Π.Α. = €620

Το τέλος κάθε υποψηφιότητας πρέπει να καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό του 14ου Συνεδρίου Φαρμακευτικού Management:

ALPHA BANK ΣΥΓΓΡΟΥ Branch (116)

Account No.: **294-00-2320 000704**

IBAN: **GR 83 0140 2940 2940 0232 0000 704**

Swift Code (BIC): **CRBAGRAAXXX**

Δικαιούχος: **E.T.S. Events & Travel Solutions A.E.**

Το αντίγραφο πληρωμής θα αποστέλλεται με email στο awards@eefam.gr σημειώνοντας την ένδειξη: «Αριστεία Ε.Ε.Φα.Μ.» και αναφέροντας την επωνυμία της εταιρείας. Πληρωμή που καλύπτει πολλαπλές συμμετοχές της ίδιας εταιρείας είναι αποδεκτή.



ΑΡΙΣΤΕΙΑ



ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

2024 2026

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΚΑΜΠΑΝΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ
ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ
ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Ή
ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΟΥ
ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ
ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ
ΚΑΜΠΑΝΙΑΣ Ή ΤΗΣ
ΔΡΑΣΗΣ/ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

ΣΥΝΤΟΜΗ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ
ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ
(300-500 ΛΕΞΕΙΣ)