

הכנס ה-4 לאיחוד כוחות ברפואת עיניים בקהילה ובבתי החולים

יום ד' | 03.12.2014 | מלון לאונרדו סיטי טאואר, ר"ג

אנא מלאו את הפרטים והחזירו את טופס הרישום באמצעות פקס 03-6493667

פרטים אישיים

שם פרטי _____

שם משפחה _____

תפקיד/תואר _____

מקום עבודה _____

כתובת _____

טלפון _____

סלולר _____

פקס _____

אימייל _____

דמי רישום:

- ההשתתפות הינה ללא תשלום לרופאי עיניים אך מחייבת הרשמה מראש עד ה-01.12.14
- דמי רישום לרופאים וצוות רפואי עד ה-01.12.14 120 ש"ח
- דמי רישום לרופאים וצוות רפואי מה-02.12.14 וביום הוועידה 180 ש"ח
- * המחיר כולל מעמ וארוחת צהריים
- דמי רישום לחברות מסחריות 300 ש"ח + מע"מ

אפשרויות תשלום

צ'ק

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

ויזה ישראלכרט אמריקן אקספרס דינרס

כרטיס מספר _____

תוקף _____ ת.ז. _____

תאריך _____

* ביטול השתתפות אפשרי עד 5 ימי עבודה לפני יום הכינוס. ביטול לאחר מועד זה יחויב במלוא דמי ההשתתפות

**נא לציין את פרטי החשבונית במידה והיא שונה משם המשתתף