

The Annual conference on Intellectual Property (IP), Regulatory Affairs & Reimbursement in Medical Devices

יום ה' | 4.6.2015 | מלון הילטון ת"א

אנא מלאו את הפרטים והחזירו את טופס הרישום באמצעות פקס/מייל. 1533-7650516

Personal Information

Country _____
 Telephone _____
 Cellphone _____
 E-mail Address _____
 Title/Position _____
 Company _____
 Address _____
 First Name _____
 Last Name _____

דמי רישום:

- רישום מוקדם ה-2.06.15: 650 ש"ח + מע"מ
- רישום מה-3.06.15 וביום הוועידה: 750 ש"ח + מע"מ
- * המחיר כולל ארוחת צהריים

אפשרויות תשלום

תשלום באמצעות המחאה:

ההמחאה תשולם בשקלים בלבד, ש"ח; המחאה מס' _____
 תשלום לפקודת פוחם מדיה בע"מ ת.ד. 53378 ת"א 61534
 בנק וסינף _____

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

ויזה ישראל אמריקן אקספרס דינרס

כרטיס מספר _____ תוקף _____ ת.ז. _____

שם בעל הכרטיס _____ חתימה _____ תאריך _____

חותרת חברה (במקרה הצורך) _____

* כל חיובי הבנק ישולמו על ידי המשתתף

ביטול השתתפות

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

פרטי חשבונית

נא לציין את פרטי החשבונית במידה והיא שונה משם המשתתף _____

* החשבונית תשלח לכתובת הרשומה לעיל, אלא אם כן יצוין אחרת

