

DMD2015

הוועידה והתערוכה השנתית לרופאי השיניים בישראל

יום ה' | 25.6.2015 | מלון דן פנורמה ת"א

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

פרטים אישיים

שם פרטי _____ שם משפחה _____
 תפקיד/תואר _____ מקום עבודה _____
 כתובת למשלוח חשבונית _____
 טלפון _____ סלולר _____
 פקס _____ אימייל _____

דמי רישום:

- רישום מוקדם עד ה-23.6.15: 160 ש"ח
- רישום מה-24.6.15 וביום הוועידה: 250 ש"ח
- * המחיר כולל מע"מ ואחרות צהריים

אפשרויות תשלום

תשלום באמצעות המחאה:

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

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

ויזה ישראל אמריקן אקספרס דינרס

כרטיס מספר _____ תוקף _____ ת.ז. _____

שם בעל הכרטיס _____ חתימה _____ תאריך _____

חותמת 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