

# הכנס השנתי לרשלנות רפואית

יום ב' | 29.02.2016 | 08:30-15:00 | מלון דן פנורמה ת"א

אנא מלאו את הפרטים והחזירו את טופס הרישום באמצעות פקס 03-6493667 | פקס/מייל. 1533-7650516

פרטים אישיים

שם פרטי \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_

תפקיד/תואר \_\_\_\_\_

מקום עבודה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_

סלולר \_\_\_\_\_

פקס \_\_\_\_\_

אימייל \_\_\_\_\_

## דמי רישום

- רישום מוקדם עד ה-27.2.16: 450 ש"ח + מע"מ
- רישום מה-28.2.16 וביום הוועידה: 550 ש"ח + מע"מ
- \* המחיר כולל ארוחת צהריים

## אפשרויות תשלום

צ'ק

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

ויזה  ישראלכרט  אמריקן אקספרס  דיינרס

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