

טופס רישום
הוועידה השנתית
לטיפול בפצעים

יום ד' | 6.7.2016 | מלון לאונרדו, ר"ג

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-4.7.16: 80 ש"ח
 - רישום מה-5.7.16 ועד יום הכנס: 140 ש"ח
- *המחיר כולל ארוחת צהריים

אפשרויות תשלום

תשלום באמצעות המחאה:

ההמחאה תשולם בשקלים בלבד,

ש"ח; המחאה מס' _____
בנק וסניף _____ תשלום לפקודת פרום מדיה בע"מ ת.ד. 53378 ת"א 61534

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

ויזה ישראכרט אמריקן אקספרס דיינרס

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 יצויין אחרת