

כנס הדרום לרופאי הקהילה

יום ד' | 25.1.2017 | מלון לאונרדו ב"ש

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

פרטים אישיים

תואר _____

שם פרטי _____

שם משפחה _____

תפקיד _____

מקום עבודה _____

כתובת _____

טלפון _____ פקס _____

סלולרי _____

אימייל _____