

# הכנס השנתי למערכת הבריאות בישראל

יום רביעי | 28.2.18 | 08:30-15:00 | מלון דן אכדיה, הרצליה

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 השתתפות לצוותים רפואיים ונציגי מערכת הבריאות:

לנרשמים עד ה-21.2.18: 350 ש"ח + מע"מ  
 לנרשמים מה-22.2.18 ועד יום הכנס: 450 ש"ח + מע"מ  
 \* המחיר כולל ארוחת צהריים

דמי הרשמה לנציגי חברות:  
 לנרשמים עד ה-21.2.18: 800 ש"ח + מע"מ  
 לנרשמים מה-21.2.18 ועד יום הכנס: 900 ש"ח + מע"מ  
 \* המחיר כולל ארוחת צהריים

## אפשרויות תשלום

תשלום באמצעות המחאה:

המחאה תשולם בשקלים בלבד,

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

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

ויזה  ישראלכרט  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