

# הכנס השנתי לרופאי ילדים בקהילה ובביה"ח

יום רביעי | 14.3.18 | מלון לאונרדו סיטי טאואר 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 הרשמה:

- לנרשמים עד ה-12.3.18: 60 ש"ח
- לנרשמים מה-13.3.18 ועד יום הכנס: 120 ש"ח
- \* המחיר כולל מע"מ וארוחת צהריים

## אפשרויות תשלום

תשלום באמצעות המחאה:

המחאה 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  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