

# הכנס ה-3 לאיחוד כוחות ברפואת עיניים בקהילה ובבתי החולים

יום ד' | 11 בדצמבר 2013 | מלון לאונרדו סיטי טאואר, ר"ג

אנא מלאו את הפרטים והחזירו את טופס הרישום באמצעות פקס 03-6493667

## פרטים אישיים

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_  
תפקיד/תואר \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_  
כתובת למשלוח חשבונית \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ סלולר \_\_\_\_\_  
פקס \_\_\_\_\_ אימייל \_\_\_\_\_

## דמי רישום:

- ההשתתפות הינה ללא תשלום לרופאי עיניים אך מחייבת הרשמה מראש עד ה-09.12.13
- דמי רישום לרופאים וצוות רפואי עד ה-09.12.13: 120 ש"ח
- דמי רישום לרופאים וצוות רפואי מה-10.12.13 וביום הוועידה: 180 ש"ח
- \* המחיר כולל מע"מ וארוחת צהריים
- דמי רישום לחברות מסחריות: 300 ש"ח + מע"מ

## אפשרויות תשלום

תשלום באמצעות המחאה:

ההמחאה תשלום בשקלים בלבד, ש"ח; המחאה מס' \_\_\_\_\_  
בנק וסניף \_\_\_\_\_ תשלום לפקודת פוחם מדיה בע"מ ת.ד. 53378 ת"א 61534

## תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

ויזה  ישראלכרט  אמריקן אקספרס  דיינרס  
כרטיס מספר \_\_\_\_\_ תוקף \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
חותרת 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