

כנס הצפון ה-2 לטיפול בכאב

יום ד' | 23 בפברואר 2011 | מלון דן כרמל חיפה

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:

- רישום מוקדם עד ה-21.02.11: 140 ש"ח
- רישום מה-22.02.11 וביום הוועידה: 190 ש"ח

אפשרויות תשלום

תשלום באמצעות המחאה:

המחאה תשלום 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 ישראלכרט אמריקן אקספרס דיינרס
כרטיס מספר _____ תוקף _____ ת.ז. _____
שם בעל הכרטיס _____ חתימה _____ תאריך _____
חומת 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