

ועידת ישראל לרפואת משפחה

יום ד' | 9 בפברואר 2011 | מלון הילטון תל אביב

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	לנרשמים עד ה-2.2.11	לנרשמים מה-3.2.11	לנרשמים ביום הוועידה
דמי רישום לחברי איגוד רופאי המשפחה	60 ש"ח	90 ש"ח	130 ש"ח
דמי רישום לשאינם חברים באיגוד רופאי המשפחה	130 ש"ח	160 ש"ח	210 ש"ח
מתמחים ברפואת המשפחה חברי איגוד רופאי המשפחה	40 ש"ח	80 ש"ח	130 ש"ח
מתמחים ברפואת המשפחה שאינם חברי איגוד רופאי המשפחה	60 ש"ח	100 ש"ח	210 ש"ח

רופאי צה"ל - כניסה ללא תשלום לנרשמים עד ה-8.2.11 *המחיר כולל מע"מ וארוחת צהריים
 **לרשות משתתפי הוועידה חניה מחולת בסך 30 ש"ח לכל היום בחניון מלון הילטון. על בסיס מקום פנוי.

אפשרויות תשלום

תשלום באמצעות המחאה:

ההמחאה 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 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 יצויין אחרת