

Pediatric Update

עדכונים ברפואת ילדים בקהילה

יום ד' | 4 בינואר 2012 | 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: 40 ש"ח

* המחיר כולל מע"מ וארוחת צהריים

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 ☐ 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 לצייין את פרטי החשבונית במידה והיא שונה משם המשתתף _____
 * החשבונית תשלם לכתובת הרשומה לעיל, אלא אם כן יצוין אחרת

בחסות