

DENTAL ISRAEL 2011

התערוכה והוועידה המדעית לרופאי השיניים בישראל

ימים ג'-ד' | 5-6.07.2011 | מלון הילטון ת"א

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 לשני ימי השתתפות:

- רישום מוקדם, עד ה-16.06.11: 490 ש"ח
- רישום מה-17.06.11 ועד ה-3.07.11: 560 ש"ח
- רישום מה-4.07.11 וביום הוועידה: 640 ש"ח
- * המחיר הינו ליומיים וכולל מע"מ וארוחת צהריים
- **לרשות משתתפי הוועידה חניה מוזלת בסך 30 ש"ח לכל היום בחניון מלון הילטון. על בסיס מקום פנוי.

אפשרויות תשלום

תשלום באמצעות המחאה:

המחאה תשולם בשקלים בלבד, ש"ח; המחאה מס' _____
 בנק וסניף _____ תשלום לפקודת פורום מדיה בע"מ ת.ד. 53378 ת"א 61534

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

☐ ויזה ☐ ישראלכר ☐ 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 יציין אחרת