

טופס הרשמה



השתלמות אולטרהסאונד עבור חברי האיגוד הישראלי לרפואת ריאות

מלון דניאל, הרצליה, 19-20/12/2019

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 מקום עבודה: _____ טלפון נייד: _____
 דואר אלקטרוני (חובה): _____

לתשומת ליבכם:

- ההשתתפות בהשתלמות היא עבור רופאים חברי האיגוד הישראלי לרפואת ריאות בלבד
- ההשתתפות מותנת בהרשמה ותשלום מראש
- ההשתלמות מיועדת ל 40 רופאים בלבד
- לרשותנו 20 חדרי מלון ללינה בהשתלמות (ניתן כמובן לחלוק חדר twin עבור 2 רופאים)

מומלץ להירשם בהקדם מספר המקומות מוגבל! - כל הקודם זוכה

פרטי הרשמה		
בחירה	סוג הרשמה	עלות הרשמה
<input type="radio"/>	הרשמה - ללא לינה	150 ₪
<input type="radio"/>	הרשמה - כולל לינה, חדר יחיד	400 ₪
<input type="radio"/>	הרשמה - כולל לינה, אחד בחדר Twin אחלוק חדר עם: _____	200 ₪

פרטי תשלום			
סה"כ סכום לתשלום: _____			
מספר הכרטיס	תוקף הכרטיס	3 ספרות בגב הכרטיס	ת.ז. של בעל הכרטיס

תאריך: _____ חתימה: _____