

טופס הרשמה

CME COURSE (ISRAELI CME CREDITS): INTEGRATING 20 YEARS OF EXPERIENCE IN LUNG CANCER SCREENING INTO EVERYDAY PRACTICE:

AN INTERNATIONAL 2-DAY INTENSIVE COURSE FOR PRACTICING CLINICIANS

SOURASKY HALL, SHEBA MEDICAL CENTER, RAMAT-GAN

מחלקת רישום: טל': 03-7610897, מענה טלפוני במחלקת רישום בימים א'-ה', בין השעות 10:00 - 16:00,
 עדיף לפנות במייל לכתובת: chen@ofakim.co.il
 פקס למשלוח הטופס: 03-7610799

אנא מלא/י טופס זה בכתב יד ברור: מומחה מתמחה

תואר: פרופ' ד"ר מר גב'

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ נייד: _____ פקס: _____

דוא"ל: _____

איגוד: _____ מקום עבודה: _____

איות שם באנגלית (עבור תג שם):

Surname: First name:

א. הרשמה לכנס - הרשמה כולל מע"מ

18.10.2015-מ		עד ל-18.10.2015		סמן X ביום המתאים
יום אחד	כנס מלא	יום אחד	כנס מלא	
260 ש"ח	455 ש"ח	200 ש"ח	350 ש"ח	26.10 <input type="checkbox"/> 25.10 <input type="checkbox"/> מומחים
156 ש"ח	260 ש"ח	120 ש"ח	200 ש"ח	26.10 <input type="checkbox"/> 25.10 <input type="checkbox"/> מתמחים, אחיות, טכנאים, סטודנטים

סה"כ לתשלום: _____ ש"ח

ב. ביטול הרשמה

ביטול ההשתתפות עד לתאריך ה-6.10.15 כרוך בתשלום של 50 ש"ח עבור דמי הטיפול. לאחר מכן לא יינתנו החזרים.

ג. אופן התשלום

1. תשלום באמצעות המחאה לפקודת: "אופקים תיירות וכנסים בע"מ"

דרך מנחם בגין 80, תל אביב 6713827

המחאה מספר: _____ על סך כולל של: _____ ש"ח

2. תשלום באמצעות כרטיס אשראי: ישראל ויזה דינרס אמריקן אקספרס אחר

מספר כרטיס: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ תוקף: _____ - _____ - _____

כרטיס ע"ש: _____ ת.ז: _____

סה"כ הזמנה: _____ ש"ח

חתימה: _____